



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGIA
CARRERA DE POSGRADO
“ESPECIALIZACION EN CLINICA PSICOANALITICA CON
NIÑOS Y ADOLESCENTES”

TRABAJO FINAL:

“Anorexia: Un cuerpo desconocido en mi espejo”

Directora de la carrera: Profesora Norma Najt.

Directora de Trabajo Integrador Final: Dra. María Rosario Otero Rossi.

Nombre de la alumna: Lic. Currá, Natalia Andrea

Fecha de entrega: 08 de Septiembre de 2015.

INDICE

Introducción.....	4
- En búsqueda de un modesto aporte.....	8
Marco teórico y antecedentes.....	9
- Breve recorrido por la historia de la histeria.....	9
- Lasègue y su “anorexia histérica”.....	11
- Orígenes del aislamiento de la anoréxica.....	15
- Relación entre la histeria y la anorexia.....	18
- Anorexia: ¿Un síntoma en diferentes estructuras?.....	22
- Anorexia, histeria y melancolía.....	23
- Repasando un poco la adolescencia.....	25
- Piera Aulagnier y el trabajo incansable de un Yo historiador.....	27
- Dos trabajos fundamentales en la adolescencia: Permanencia y cambio.....	33
- La construcción de la Identidad.....	35
- La adolescencia y el papel auxiliar de los padres.....	37
- Relación entre la adolescencia y la anorexia.....	38
- La anorexia como respuesta a una falla en los duelos adolescentes.....	42

- Estadio del espejo y conformación de la identidad: consecuencias en la imagen inconciente del cuerpo.....	43
- ¿Es la anorexia un resultado cultural?.....	48
- Anorexia y vínculo materno.....	50
- Dejar morir el propio cuerpo: muerte psíquica.....	51
- Potencialidad psicótica: un eterno “Yo hablado”	53
Conclusiones.....	55
Anexo I.....	60
Referencias Bibliográficas.....	68

INTRODUCCION

El presente trabajo es una investigación teórico-clínica centrada en uno de los llamados “trastornos del comportamiento alimentario”, específicamente: la “anorexia”.

La razón por la cual se ha llevado adelante dicha investigación, se relaciona con la frecuencia con que aparecen en el consultorio psicológico y la trascendencia social que ha alcanzado esta dolencia en la actualidad.

Ante este panorama, surge una pregunta: ¿cómo abordar terapéuticamente, en el consultorio psicológico, los casos que llegan bajo la denominada problemática de la anorexia?

Para poder intentar encontrarle una respuesta a esta inquietud, se ha realizado un breve recorrido histórico, desde la antigüedad hasta la actualidad, sobre esta compleja dolencia.

En este recorrido se han tomado en cuenta autores como Ernest-Charles Lasègue, con su “anorexia histérica”, y Jean Martin Charcot quien es el que le da “realidad” a la histeria y el precursor del aislamiento como método terapéutico para la anorexia.

A lo largo del trabajo una de las relaciones más importantes que se pueden encontrar es la que se establece entre la anorexia y la histeria. Se toman, para ello, autores como Sigmund Freud y otros más actuales como Jean Paul Valabrega, quienes, cada uno desde su visión, consideran la anorexia como un síntoma de la histeria.

La otra relación central en esta investigación es la que se da entre la anorexia y etapa de la adolescencia. Aquí se tuvieron en cuenta, entre otros autores, a Donald Winnicott, Ginette Raimbault y Caroline Eliacheff, Gonzalo Várela Viglietti, Maud Mannoni, Françoise Dolto, Jacques Lacany, el aporte de la psiquiatra y psicoanalista francesa, Piera Aulagnier, quien hace un desarrollo elaborado de la etapa de la adolescencia.

También puede encontrarse, a lo largo de la lectura, el aporte que hace la médica psicoanalista María Cristina Rother de Hornstein y, remontándonos más atrás, encontraremos a Sigmund Freud.

Es decir que, en el presente trabajo, se va relacionando la anorexia con la histeria y la adolescencia, pero también con la construcción cultural del cuerpo y con el aislamiento terapéutico en instituciones.

Metodológicamente, para articular la teoría con la clínica, se han tomado en cuenta dos casos, ambos femeninos, pacientes diagnosticadas por sus respectivos pediatras como “anoréxicas”.

Se analizaron las entrevistas preliminares y las entrevistas posteriores con dichas pacientes. Una vez realizado este análisis se ha intentado una articulación con la teoría investigada.

Una de las pacientes tiene 15 años de edad, se llama Mariana y es la madre quien llega a la consulta ya que la pediatra de la adolescente la deriva a un nutricionista y a un psicólogo. Esta derivación se debe a que Mariana “...tiene muy bajo peso y no quiere comer...” (Mide aproximadamente 1,55 Mts y pesa 37 kgs.).

Mariana vive en su casa con su madre, su padre y su hermana gemela, Florencia. Además tiene un hermano de 33 años (por parte de la madre) llamado Pablo, un hermano de 25 años, llamado Ramiro y una hermana de 23 años, María. Estos tres últimos no viven con Mariana.

De su hermana María dirá “...era como una mamá para nosotros, tenía 15 años y trabajaba, estudiaba y nos cuidaba a Flor y a mí, nos cuidaba cuando mi mamá salía a fiestas, al boliche, ¡bueno! ¡como todas las mamás!, para mí era mi segunda mamá. Habíamos juntado las tres camas en la pieza, Flor y yo dormíamos a los costados y María dormía en el medio y dormíamos agarrándole la mano...”.

Mariana cuenta que su hermana gemela (Florencia) no tiene problemas de alimentación, pesa casi 10 kilos más que ella y es quien más la cuida en la alimentación, la obliga a levantarse temprano para desayunar, tal como lo indicó la nutricionista.

Sobre la madre, Mariana cuenta que ésta fue dada en adopción porque su madre biológica (abuela de Mariana) la abandonó a ella y a los hermanos (tíos de Mariana) y el padre biológico (abuelo de Mariana) dio a los distintos hijos a diferentes familias, “...*la madre la regaló...*”.

Durante el tratamiento se llamó a la madre de Mariana varias veces para concertar una entrevista, pero esta señora siempre ponía obstáculos para no acudir, el kinesiólogo, el cirujano, etc., etc. Hasta que por fin acude a una cita.

Cuando se le pregunta cómo le va a Mariana con la nutricionista, dice que bien, pero que no ha podido hablar con la doctora “...*con todo lo mío no he podido ir a hablar con la doctora...*”. Se refiere a que en unas semanas la operarían de un brazo por un tendón. “...*Mariana se maneja sola, pero yo la veo mejor...*”.

En las entrevistas de Mariana se va a ir desplegando una conflictiva recurrente en la familia mostrando un padre que se alcoholiza y se pone agresivo; y una madre muy invasora.

El segundo caso es una niña de 8 años, Maribel, quien “...*fue diagnosticada como anoréxica por su pediatra hace aproximadamente dos años...*”. En este caso es la abuela materna quien consulta porque la nena “...*no come, no tiene hambre y se descompone, a veces pasan días y no quiere comer...*”.

La niña vive con su abuela materna y su hermanito de cuatro años. Es sólo la abuela materna quien los cría porque el abuelo materno falleció hace tres años, el padre nunca se hizo cargo de la nena y la madre “...*es disminuida mental...a veces se va y no vuelve por un tiempo...*”.

Maribel nació antes de tiempo, pesó al nacer 1,225 Kgs. y debió estar “...*muchos meses en terapia intensiva en el hospital... el médico que la atendía sólo me decía que había que esperar día a día, que no se sabía con certeza si viviría*”.

“*La madre en todo ese tiempo ni apareció, se fue*”, “*El padre, se esfumó durante todo el embarazo*”.

Según la abuela, la madre de Maribel no se ocupaba en nada de esta niña, la tenía con ella (cuando era bebe), pero estaba con el padre de Maribel y con mucha “*mala gente, mala junta*”. La abuela se encarga de recuperar a la nieta junto a su marido (el abuelo de Maribel), quien le da su apellido.

“*A la nena la criamos nosotros, con mi marido, la madre venía a veces y se quedaba y a veces se iba y desaparecía por un tiempo*”.

Esta abuela cuenta una historia donde la mamá de Maribel, fue adoptada de pequeña “...*había sido muy maltratada, la quemaban con cigarrillo y le habían hecho un montón de barbaridades...*” “...*nosotros la adoptamos, pero no sabíamos que iba a ser así....era muy rebelde, nos hizo rezongar muchísimo a mi marido y a mí, mi marido siempre se estaba haciendo mala sangre por las cosas que ella hacía...no la podíamos tener, siempre estaba con mala gente, tenía un novio, otro, otro; a veces venía a casa y a veces desaparecía por largos tiempos... con ella no se puede hablar, grita y pelea todo el tiempo*”.

Según la abuela, la mamá de Maribel ha estado muy poco presente “*tal vez se pelea conmigo o con la nena y se pone a la altura de ella y termina haciéndose el bolso, se va y no vuelve por un tiempo*”.

Hace tres meses atrás, Maribel tuvo un accidente en el baño de su casa. Se cortó una parte importante del brazo izquierdo, empezó a gritar desesperadamente y la llevaron al hospital. “...*La nena gritaba y gritaba que quería a su mamá, los vecinos la llamaban*

que viniera porque estaba en lo de una amiga por ahí cerca, pero la madre nunca apareció. Pedía a gritos por ella en el quirófano y el médico enojadísimo decía que llamen a la madre, pero ella nunca fue...”.

La abuela se presenta desesperada, muy preocupada por las necesidades físicas de la niña y se nota en ella todo el tiempo una preocupación acerca de qué será de la vida de los dos niños cuando ella muera.

En el discurso de la abuela surge también un relato de la religión a la que pertenecen, testigos de Jehová, habla de que el abuelo fallecido “ronda por el mundo terrenal hasta el momento del juicio final”, en que “Dios vendrá a llevarse a los buenos, mientras tanto, no van al paraíso sino que vagan por la tierra”.

Los casos clínicos antes mencionados se encuentran en el apartado “Anexo I”.

En la búsqueda de un modesto aporte.

En cuanto a la inquietud planteada sobre cómo abordar terapéuticamente estos casos, en la búsqueda de una respuesta, se han tomado fundamentalmente los aportes de la clínica psicoanalítica.

Se ha tenido en cuenta a Sigmund Freud, Silvia Bleichmar y Luis Hornstein, entre tantos otros autores que fueron mencionados anteriormente.

Finalmente, se ha intentado arribar a una síntesis para ofrecer un pequeño aporte a esta problemática de cómo trabajar terapéuticamente con estos pacientes, diagnosticados como anoréxicos, que llegan al consultorio del psicólogo.

“ANOREXIA: UN CUERPO DESCONOCIDO EN MI ESPEJO”

Los llamados “trastornos del comportamiento alimentario”, más específicamente la anorexia, aunque han sido registrados durante siglos, han tenido una presencia importante en la actualidad.

La verdadera individualización de la dolencia deriva del esfuerzo clasificatorio del siglo XIX. Lasègue (1873) y Gull (1874) describen casi simultáneamente esta enfermedad. La lectura detallada de la monografía de Lasègue muestra que no se contenta con describir los síntomas de la enfermedad (descriptos de igual manera por Gull), sino que se coloca así mismo en tanto que terapeuta.

Se trata de 1873, época de la entrada en escena de las neurosis en la nosografía psiquiátrica (y, en particular, de la histeria).

Tengamos en cuenta que la monografía de Lasègue se titula “De la anorexia *histérica*”.

Con las anoréxicas Lasègue¹ no vaciló en renunciar momentáneamente a su saber para tratar de articular lo que él veía con lo que ellas decían.

Breve recorrido por la historia de la histeria

En la antigüedad, para los griegos, la palabra Histeria significaba “migración del útero” que, una vez que llegaba al pecho, causaba la enfermedad en la víctima. Se reconocía en la histeria un desorden de la función sexual, era una enfermedad propiamente femenina. El término histeria proviene de “hysteros” (griego: útero).

¹ Lasègue Ernest-Charles (1816-1883). Médico francés, sus principales aportaciones tuvieron lugar en el campo de la psiquiatría.

Este punto de vista se abandona durante la Edad Media en provecho de interpretaciones demoníacas. Los llamados “estigmas” de la histeria eran considerados pruebas irrefutables de la entrada del demonio en el cuerpo de la víctima.

Recién en el siglo XVII, al iniciarse el desarrollo de la anatomía y la investigación del sistema nervioso, se trasladó su localización desde el útero al cerebro. Durante este siglo, aunque aún no se había abandonado la idea del origen uterino de la histeria y aún se seguían quemando histéricos e histéricas en la hoguera; ciertos médicos comenzaron a hablar del origen cerebral de esta enfermedad (Le Pois, 1618 y Luillis, 1660).

Tiempo después será la neurología la que descubre la “falsedad” de la histeria como “verdadera enfermedad”. Había un descrédito a las pacientes que la sufrían, la histérica era considerada la “gran simuladora”. Esta enfermedad era despreciada por mentirosa, perseguida por demoníaca y, finalmente, ignorada y excluida del campo de juego por una psiquiatría que se pretendía médica.

Para la neurología la histeria se convierte en lo que NO existe, ya que no es una enfermedad localizable, susceptible de una definición anatomo-clínica y de una descripción por acumulación de signos.

Es Jean Martin Charcot² quien hace ingresar a la histeria en la consideración “científica” como enfermedad.

Este neurólogo, a diferencia de la mayoría de los médicos, consideró a la histeria como una “verdadera enfermedad”, una especie mórbida particular, distinta a las otras porque responde a determinadas regularidades (que había logrado reproducir con su influencia hipnótica).

²Jean Martín Charcot (1825-1893). Neurólogo francés.

Los demás médicos no la consideraban así, en tanto la sintomatología de la histeria, poliforme y variable, no obedecía a las reglas de composición que permitieran establecer correlaciones.

La histeria era poco confiable como enfermedad porque desafiaba el principio básico que construye la semiología médica: el establecimiento de ciertas correlaciones.

Charcot se imponía tomar en cuenta lo que decían las histéricas para describir la histeria. Ya no era sólo el médico el que supuestamente sabía sino también el enfermo, aun cuando éste necesitara del primero para decir lo que sabía.

Lasègue y su “anorexia histérica”.

En el texto puede verse el fin de entender la histeria como una totalidad; Lasègue postula descomponer sus partes y, para progresar en su investigación, recurre al reduccionismo, un fragmento de histeria, sólo los trastornos digestivos y, entre ellos, elige la anorexia.

¿Cuáles son los rasgos que permiten a Lasègue dibujar alrededor de la anorexia el marco de la histeria?

Su postura es comparativa en la medida en que revela la similitud entre fragmentos de síntomas, la mayoría de las veces reconocidos como histéricos, y el síntoma anoréxico característico, por el cual ha propuesto, “...a falta de algo mejor...”³, el nombre de “anorexia histérica”.

Lasègue introduce un elemento importantísimo, la ***influencia del medio***, a la que, según este autor, hay que tener en cuenta en todas las enfermedades en las que interviene un factor moral.

³Lasègue, Ernest - Charles (*Acerca de la anorexia histérica*.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (p. 105)

Y es aquí que Lasègue ofrece los argumentos que permiten disociar la anorexia de la histeria: habla de los síntomas gástricos comunes a una histeria (no quiere comer porque evoca un dolor físico que quiere evitar), pero reconoce que llega un momento en que tiene la certeza de que la inanición relativa no sólo no ofrece ninguna ventaja, sino que además, agrava el sufrimiento.

La anoréxica no tiene esa certeza. “...Lo que domina en el estado mental de la histérica es, ante todo, una quietud y casi diría que un gozo verdaderamente patológico. No sólo no se preocupa por su duración sino que se complace en este estado a pesar de todas las contrariedades que le origina...”⁴.

Según este autor a partir de esta primera fase desaparecen todas las manifestaciones histéricas que existían y la enferma, lejos de empeorar y entristecerse despliega una alegría que no es normal.

La repugnancia a alimentarse sigue su curso progresivo y llega a comer sólo una vez al día. A veces sustituyen un alimento por otro inclinándose por uno de ellos durante algunas semanas: el pan, por ejemplo, es sustituido por galletas o pastas; a continuación renuncian a estos alimentos y así reemplazan de nuevo los platos aceptados sólo provisionalmente.

Estos hechos se prolongan durante semanas e incluso meses, sin que la salud general empeore. El persistente estreñimiento cede con laxantes suaves, el vientre no se contrae y el sueño sigue siendo más o menos regular. La enferma no adelgaza, aunque la alimentación actual apenas representa una décima parte de lo que habitualmente come.

También hay que tener en cuenta, siguiendo a Lasègue, que la disminución de alimentos se hace gradualmente y sin brusquedades; en consecuencia, la economía del organismo

⁴Lasègue, Ch. (*Acerca de la anorexia histérica*).

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (p. 106)

se adapta tan cómodamente que no parece que exista la disminución alimentaria señalada.

Es importante señalar que, según este autor, “...Aunque la situación no varía en relación a la anorexia y al rechazo de los alimentos, a medida que el mal se prolonga, las disposiciones del medio se modifican y, paralelamente, el estado mental de la histérica se hace más acusado...”⁵

Es importante porque a partir de aquí comenzaría un segundo estadio de la enfermedad donde, después de varios meses, la familia, el médico y los amigos comprueban la persistente inutilidad de todos los esfuerzos, comienzan a inquietarse y se da paso al tratamiento moral. A partir de este momento es que se va a perfilar lo que Lasègue llama la **perversión mental**, única y característica de la *anorexia histérica*.

“...La anorexia se convierte en el único tema de preocupación y de conversación en la familia. Se forma así una especie de atmósfera alrededor de la enferma que la envuelve y de la que no puede escapar en ningún momento del día. Los amigos, junto con los familiares, contribuyen a la consolidación de la enfermedad, cada uno según su manera de ser o el grado de afecto que le tengan...”⁶

Por último, siguiendo a Lasègue, por maravillosa que sea la tolerancia de la economía del organismo en las histéricas, ésta acaba por agotarse y la enfermedad entra en su tercer estado.

“... Lo más sobresaliente puede ser el adelgazamiento, la debilidad, el estado anémico con su cortejo de trastornos locales o generalizados. Excepcionalmente pueden aparecer

⁵Lasègue, Ernest - Charles (*Acerca de la anorexia histérica*.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (pp. 104-105)

⁶Lasègue, Ernest - Charles (*Acerca de la anorexia histérica*.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (p. 105)

trastornos nerviosos espasmódicos, neuralgias, etc.; los síntomas activos parecen borrarse a medida que disminuye la resistencia vital.

La aparición de estos signos cuya gravedad no escapa a nadie, redobla las inquietudes; los amigos, los familiares empiezan a ver la situación como desesperada. Estos dos términos (estado mórbido de la histérica y las preocupaciones de su entorno) son solidarios y se tendría una noción errónea de la enfermedad si limitáramos su examen sólo a la enferma. Desde el momento en que interviene un elemento moral, cuya existencia en este caso está fuera de dudas, el medio donde vive la enferma ejerce una influencia tan grande que sería lamentable omitirla o desconocerla. Me parece que este cambio inconsciente en las respectivas posiciones de la enferma y sus familiares, juega un papel muy importante. La chica comienza a inquietarse por el triste aparato que la rodea y por primera vez su satisfecha indiferencia hace aguas: en este el momento en que el médico puede retomar su autoridad...”⁷ La descripción de la enfermedad por estadios sería:

- Primer estadio: es el simple rechazo de alimentarse, poco diferente al de un gastrálgico;
- Segundo estadio: en el que la perversión mental aparece verdaderamente, y el que se puede hablar de anorexia histérica;
- Tercer estadio: en el que la histérica pasa a ser considerada enferma.

En este tercer estadio, es donde el médico retoma su autoridad, siempre y cuando haya tenido la precaución de no abusar de ella, en previsión del futuro: el tratamiento ya no es aceptado con una condescendencia pasiva; es, en cambio, recibido con una apetencia que aún la enferma intenta disimular. Todo ocurre como si el médico, por pura táctica,

⁷Lasègue, Ernest - Charles (*Acerca de la anorexia histérica*).

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (pp. 108-109)

simplemente tuviese que esperar sin ceder el momento en que, finalmente, ella se acerque a pedirle ayuda o, por lo menos, acepte que él la ayude.

Orígenes del aislamiento de la anoréxica.

Cuando leemos el texto de Lasègue comprobamos que en ningún momento hace mención a un aislamiento de la anorexia. Lasègue jamás prescribió el aislamiento como método terapéutico.

Es Jean Martin Charcot, unos años más tarde, el precursor del aislamiento y no dejará de subrayar su prioridad. Charcot parece haber olvidado algunas partes del texto de Lasègue, como por ejemplo cuando escribe: “en ese periodo inicial, la única actitud sabia es la de observar y callarse”⁸ (refiriéndose al primer estadio de la enfermedad).

Charcot, luego de exponer un cuadro clínico, expone su manera de actuar:

“Hablé aparte con los padres y, luego de haberme dirigido a ellos con ásperas reprimendas, les dije que, según mi entender, no había sino una posibilidad que conducía al éxito: debían alejarse lo antes posible, o fingir alejarse lo antes posible, lo que, para el caso, significaba lo mismo. Debían decirle a la niña que, por un motivo cualquiera, se veían obligados a regresar inmediatamente a Angulema; podrían acusarme a mí, al médico, por la partida; poco me importaba, por otra parte, siempre y cuando la adolescente estuviera persuadida de que se habían ido; ello debía ocurrir inmediatamente. Lograr el consentimiento de los padres no fue para nada fácil, a pesar de todas mis reprimendas. El padre, en especial, no podía comprender que un médico exigiera a un padre que se alejara de su hijo en momentos de peligro. Pero la convicción me animaba y debo haber estado bastante elocuente, pues la madre cedió; el padre continuó refunfuñando y, según me pareció, sólo tenía una mínima confianza en alcanzar el éxito”⁹.

⁸Lasègue, Ernest – Charles. *(Acerca) de la anorexia histérica*.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (p. 103)

⁹Raimbault, Ginette y Eliacheff, Caroline (1978). Las indomables figuras de la anorexia. Cap.I: *Mitologías de la anorexia* (p. 18)

¿Qué ocurría una vez obtenido el consentimiento de los padres? Las anoréxicas no iban al manicomio propiamente dicho, sino a una suerte de clínicas atendidas por religiosas; a ellas recurría Charcot en estos casos:

“Las enfermas son alojadas bajo la dirección de personas competentes y experimentadas: habitualmente se trata de religiosas que, debido a una extensa práctica, en general se volvieron muy expertas en el manejo de esa clase de enfermos. Una mano benévola pero firme, mucha calma y paciencia son aquí condiciones indispensables. Los padres son sistemáticamente alejados hasta el día en que, luego de que se ha notado una clara mejoría, se les permite a las pacientes verlos, a título de recompensa; al principio, a intervalos más bien extensos, luego, cada vez más cercanos, a medida que se acentúa la cura. El tiempo y la hidroterapia, sin contar la medicación, hacen el resto”¹⁰.

El psiquiatra, al parecer sin ningún temor, podía delegar su autoridad a esas muy “expertas religiosas”. Así mismo les encargaba mantener el orden. Y en cuanto a la autorización, otorgada o no, de ver a los padres, esta actuaba como castigo o como recompensa.

Las consignas aplicadas ciegamente por los médicos del siglo XXI son casi idénticas a las que siguieran los psiquiatras del siglo XIX.

Las muy expertas religiosas son reemplazadas por enfermeras no menos expertas en el empleo alternado de la amenaza y la seducción. Por supuesto, la finalidad es la recuperación de peso y la recompensa es siempre...la visita de los padres.

Pero, ¿qué es lo que lleva a Charcot a actuar de esta manera?

En aquella época prefreudiana, en la que la sexualidad infantil no era algo conocido, Lasègue observa con agudeza la infantilización a la que está sometida la anoréxica a quien se busca hacer comer. La familia, del modo más ingenuo del mundo, plantea la equivalencia comer=prueba de amor. Al ser la anoréxica el “único objeto de sus preocupaciones”, la familia no pudo manipular los términos de la ecuación y preguntarse qué significa el hecho de no comer:

¹⁰ Raimbault, Ginette y Eliacheff, Caroline (1978). Las indomables figuras de la anorexia. Cap.I: *Mitologías de la anorexia* (pp. 18-19)

“La familia sólo tiene a su alcance dos métodos que mantienen hasta el final: rezar o amenazar; tanto el uno como el otro sirven como piedra de toque. Se multiplican las delicadezas en la mesa con la esperanza de despertar el apetito, pero éste disminuye por muy solícito que se sea. La enferma saborea desdeñosamente los nuevos manjares y después de haber mostrado así su buena voluntad, considera que ya no tiene obligación de hacer nada más. Le suplican, se lo piden como si el hecho de que la enferma se resigne a agregar un bocado suplementario a la comida que ella dio por finalizada fuera un favor, una prueba máxima de afecto.”¹¹

A lo largo de la evolución, según Lasègue, la anoréxica parece ignorar su entorno, luego reconoce que le está haciendo daño y eventualmente acepta curarse. Ya no se trata de evitar el dolor físico, sino el que ella impone a su entorno. Al mismo tiempo, significa reconocer que este entorno tiene algo que ver en la decisión inicial de no comer más, y es esto lo que abre camino a la acción de alguien como Charcot.

Según Jean Paul Valabrega¹², el aislamiento, tempranamente reconocido en la terapéutica de la anoréxica, sigue siendo muy utilizado.

En los casos graves, permite obtener con la rapidez indispensable la supresión temporaria de los síntomas alarmantes. Si intentamos explicar ese efecto curativo tan precioso y espectacular, advertimos que su resorte no podría ser otro que la *sugestión*. Por medio del aislamiento del enfermo se crean las condiciones que existen en la relación hipnótica, se produce una “maleabilidad sugestiva” que influirá favorablemente en el tratamiento. La situación de aislamiento es en todo punto comparable a la situación hipnótica y puede aplicarse a esta práctica los señalamientos efectuados por Freud acerca de la hipnosis y la sugestión: “*El enfermo es invitado a suprimir toda*

¹¹Lasègue, Ernest - Charles(*Acerca de la anorexia histérica*.

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474> (p. 105)

¹²Valabrega, Jean Paul (1922-2011). Filósofo y psicoanalista francés.

*compañía, a excepción del hipnotizador. Es este vínculo especial lo que actúa en el tratamiento de la histeria”*¹³.

Relación entre la histeria y la anorexia.

El antes mencionado Jean Martin Charcot era un neurólogo francés y profesor de anatomía patológica. En 1882 se inauguró la primera cátedra de neurología del mundo expresamente para él. Crea la escuela de neurología en la Salpêtrière donde pronto comienza a impartir clases.

Es en el año 1885 que Sigmund Freud¹⁴ pasa un período de prácticas en la Salpêtrière y conoce a Charcot.

Lo que a Freud le importaba inicialmente, lo que le llamaba la atención, era el estatuto de enfermedad que Charcot le confería a la histeria, esa seriedad en la descripción de los síntomas, pero reconocía la limitación de Charcot: sólo le interesaba describir los cuadros.

Para Sigmund Freud, Charcot le había otorgado a la histeria “realidad”, realidad clínica: presentación de síntomas, constantes y regularidades; y establecimiento diacrónico de ciertas fases del ataque, probando que la histeria era la misma en todas partes del mundo y en todas las épocas; eso era lo que la constituía en una “verdadera enfermedad”.

Pero Freud no se contenta con esta realidad, no se contenta con describir el síntoma histérico. A Sigmund Freud también le interesaba el *síntoma como efecto* de un proceso, quería saber a qué respondía.

¹³Valabrega, Jean Paul (1978). La Perversión. Cap.: *Anorexia mental, síntoma histérico y síntoma de conversión* (p. 112). Ed. Trieb.

¹⁴Sigmund Freud (1856-1939). Médico neurólogo austriaco, padre del psicoanálisis.

El punto de partida freudiano fue el síntoma, que implica la posición de ignorancia en relación a lo que lo determina, que Freud llama “la enfermedad”.

Freud tiene una posición clara que marca también el síntoma en psicoanálisis: el síntoma se presenta como incompleto, no se explica en sí mismo, no se basta a sí mismo y es necesario buscar las relaciones que permitan establecer la relación de la causa y los efectos.

El síntoma ya no era índice semiológico de un proceso, sino que se presentaba como enigmático en relación a un saber incompleto.

Sigmund Freud inventa el dispositivo analítico a partir del descubrimiento del Inconciente; un método que implica la forma de buscar ese saber que no está a disposición del paciente, pero al que Freud supone que es posible acceder.

La verdad está como algo oculto que la histérica sabe, un secreto que es necesario arrancar y develar.

Ahora ella (la paciente) es la que sabe y Freud se sitúa en la posición del profano, del que ignora, pero que tiene una certeza y es que hay un saber oculto.

En este vuelco freudiano hay un nuevo estatuto del sujeto y es que está dividido por el síntoma en relación al saber, no sabe de qué se trata, pero Freud cree que debe haber algún método que pueda permitir acceder a esto (hipnosis, presión, asociación libre...).

Freud se separa de Charcot porque no estaba de acuerdo en que la etiología de la histeria fuera la herencia; y busca lo que determina los síntomas histéricos. Así introduce una novedad: la sintomatología se puede ordenar a partir de un mecanismo psíquico: la *Represión*.

Freud hace de la histeria una enfermedad que habla. El síntoma pasa de ser observado al registro del relato, un relato incompleto, con lagunas, etc., que esconde un saber.

¿Y Sigmund Freud? ¿Qué piensa de la anorexia?

En los años 1892-1895 S. Freud formula la concepción psicoanalítica de la histeria; sus estudios, proseguidos especialmente en la cátedra de Charcot, culminan en la publicación, en colaboración con Josef Breuer, del trabajo fundamental “Estudios sobre la histeria” (1895). Durante ese período, el problema de la anorexia evoluciona. El concepto de anorexia histérica introducido por Lasègue parece demasiado estrecho y es reemplazado por el de anorexia mental (anorexia nervosa).

En la medida en que podamos tener un conocimiento de conjunto de la obra de Freud, nos parece que siempre consideró a la anorexia mental como un *síntoma* histérico.

En 1893 Freud publica “Un caso de curación hipnótica”. Se trata de una joven madre que no puede alimentar a su hijo. En ocasión de un primer nacimiento, la lactancia debió ser interrumpida al cabo de quince días a consecuencia de trastornos: ausencia de leche y anorexia de la madre. Tres años más tarde, ante un nuevo nacimiento los trastornos reaparecen y se tornan rápidamente alarmantes. La enferma no puede comer nada y vomita todo lo que absorbe. Presenta así mismo otros síntomas psicósomáticos gastrointestinales y una grave depresión. Se consulta a Freud, quien practicará dos sesiones de hipnosis. La primera sugestión hipnótica es la siguiente: “No tenga miedo, su estómago anda muy bien, su apetito es excelente, usted está esperando la próxima comida”, etc. Al día siguiente, la enferma come y alimenta a su hijo. Después reaparecen los síntomas. Freud practica una segunda sesión más enérgica. Cuando regresa para la tercera, la enferma dice estar curada. El tratamiento fue interrumpido y la paciente alimentó normalmente al niño durante ocho meses.

Un año más tarde, los mismos síntomas vuelven a presentarse como consecuencia de un tercer alumbramiento. Y otra vez se obtuvo una curación en apariencia completa con dos sesiones de hipnosis. La tercera resultó inútil y el tercer bebé fue alimentado normalmente con el pecho.

Freud no tiene aún la posibilidad de dar una interpretación psicoanalítica de este caso. La observación pone en evidencia una perturbación originaria y repetitiva de la relación madre – hijo.

Pocos meses después de la aparición de este trabajo, es publicado otro, el caso “Emmy Von N.” (1895), en el cual se incluye también una observación sobre la anorexia. Este caso es un tratamiento hipnótico publicado en “Estudios sobre la histeria”, una histeria de la cual la anorexia es uno de los síntomas dominantes.

Esta enferma padecía de anorexia y fobia al agua; también presentaba otros síntomas gastrointestinales y se quejaba de violentos y persistentes dolores de estómago. Presentaba, alternativamente, amenorrea y dismenorrea.

Tanto la anorexia como los otros síntomas de conversión fueron tratados exitosamente con hipnosis.

En el curso de las sesiones la enferma relató dos recuerdos traumáticos directamente vinculados con el problema alimentario. 1º En un recuerdo infantil, ella se negaba a comer la carne. Su madre la forzaba. La enferma vuelve a ver el plato, el tenedor, la carne ahora fría, con su grasa; siente disgusto; 2º Más tarde, vivió con su hermano enfermo; tenía fobia a la contaminación por la vajilla. Por último aparece el recuerdo más traumatizante: la enferma se hallaba con su hermano, que estaba tuberculoso. Un día se sirvió una comida cerca de su cama y sobre la mesa estaba la escupidera. El hermano habría podido escupir en un plato. Esta imagen acosa a la paciente cada vez que se sienta a la mesa.

Sigmund Freud parece haber utilizado siempre el concepto de anorexia histérica en el sentido de anorexia mental (o psicógena).

Ningún hecho observado por Freud lo condujo a dar de la anorexia una interpretación que separe ese trastorno de la histeria.

Unos años más tarde, en 1905, Freud publica en caso “Dora”. Dora no es una anoréxica “verdadera” (como lo sería Emmy Von N.), sin embargo presenta síntomas discretos y hasta episódicos. Tiene dificultades para comer y cierta aversión por el alimento. Dora es, en definitiva, una “pequeña anoréxica”, así como es una “pequeña histérica”.

Pero su comportamiento alimentario forma un conjunto que el análisis permite reducir al sentimiento de *repugnancia*.

En Dora, la reacción de desagrado se presenta a los 14 años, tras un episodio traumático “actual”: el incidente con el señor K ocurrido en su almacén. Se trata pues, en primer lugar, del “desplazamiento hacia la parte superior”, de una sensación genital. Después tal repugnancia se interpreta como síntoma de represión de la zona erógena labial. Dora, en efecto, había sido una niña *chupeteadora*; el síntoma se halla en relación con episodios infantiles que interesan a la succión y el chupeteo. De inmediato muestra cómo en Dora el fantasma originario que explica en particular la repugnancia era una fantasía de *fellatio*.

Por otra parte, cuando la *leucorrea* de Dora llega al análisis, es puesta en relación con la incontinencia y la masturbación infantil, Freud señala la relación entre la leucorrea, la anorexia y el vómito. La teoría psicoanalítica permite explicar esta constelación sintomática por la repugnancia, cuyo origen se encuentra entonces por el “desplazamiento hacia la parte superior” y por la conversión somática.

De tal modo, el análisis muestra que leucorrea y anorexia pueden ser dos síntomas de conversión equivalentes. Como ocurre también con la amenorrea.

Anorexia: ¿un síntoma en las diferentes estructuras?

Jean Paul Valabrega considera que la anorexia, como **síntoma**, es el único medio de abarcar el conjunto del trastorno y la totalidad de sus manifestaciones. Este autor utiliza

“síntoma” como síntoma “de” algo. Habla de síntoma anoréxico y lo compara con el síntoma histérico o con el síntoma de conversión.

Según Valabrega el único denominador común utilizable para una teoría de la anorexia es el síntoma de conversión. Si se quiere individualizar la anorexia como neurosis, debe utilizarse la noción freudiana de “neurosis mixta”, ya que Freud subrayó que los síntomas fóbicos y obsesivos presentaban numerosas analogías con el síntoma histérico y también mostró la existencia del mecanismo de conversión en la psicosis. En la paranoia (según Freud), ese mecanismo tenía la misma importancia que en la histeria.

Por otro lado, Valabrega señala que la existencia de anorexias psicóticas parece indiscutible. Por ejemplo, la anorexia puede constituir un modo de entrada en la esquizofrenia; o bien puede coexistir con síntomas esquizofrénicos patentes.

Por ello, este autor concluye “...a esta altura de nuestro estudio podemos resumirnos diciendo que la anorexia no puede ser ya descripta sino como un *síntoma neurótico o psicótico de conversión*...”¹⁵.

“...Sea como fuere, es seguro que pueden encontrarse síntomas o episodios anoréxicos en la histeria, la fobia, la neurosis obsesiva, los estados denominados prepsicóticos y también en las psicosis: esquizofrenia, hipocondría, paranoia...”¹⁶

Los casos mencionados de Sigmund Freud (“Un caso de curación hipnótica”, “Emmy Von N.” y “Dora”), según Valabrega, demuestran que la anorexia “verdadera” o “falsa”, “grande” o “pequeña”, pueden en general interpretarse analíticamente como síntoma de conversión.

¹⁵Valabrega, Jean Paul (1978). La Perversión. Cap.: *Anorexia mental, síntoma histérico y síntoma de conversión* (p. 98). Ed. Trieb.

¹⁶ Valabrega, Jean Paul (1978). La Perversión. Cap.: *Anorexia mental, síntoma histérico y síntoma de conversión* (p. 94). Ed. Trieb.

Anorexia, histeria y melancolía.

Gonzalo Várela Viglietti¹⁷, por su parte, también considera que la anorexia es un síntoma más de la histeria, al igual que Freud, pero no es la única; ya que el siete de enero de 1895, S. Freud envía una carta a Fliess (Manuscrito G. Melancolía) donde pone el acento en el aspecto depresivo de la anorexia.

En este manuscrito apunta a distinguir una anorexia vinculada a la histeria, que no duda en llamar anorexia histérica, de otra a la que, según Várela Viglietti, podríamos llamar “melancólica”.

“La neurosis alimenticia llamada anorexia puede compararse con la melancolía. La anorexia mental de las adolescentes, trastorno éste muy conocido, aparece, luego de una profunda observación, como una forma de melancolía en aquellos sujetos cuya sexualidad está aún inacabada. La enferma, en ese caso, afirma no querer comer sólo porque no tiene hambre. Por lo tanto, hay pérdida del apetito y, en el terreno sexual, pérdida de la libido.

La melancolía consistiría en el duelo por la pérdida de la libido”¹⁸.

De la anorexia histérica habla unos párrafos más adelante y dice:

“Todo lo demás está en orden, sólo que no se consiente Voluptuosidad al grupo sexual psíquico, a causa de algún diverso enlace (con asco-defensa): es la anestesia histérica, en un todo análoga a la anorexia histérica (asco).”¹⁹

Según Várela Viglietti no es lo mismo decir: no come porque no tiene apetito (melancolía), anorexia nervosa de las muchachas jóvenes, a decir: no come pues se interpone el asco-defensa que hace que la paciente reaccione con repugnancia y asco ante los alimentos, y a esta última Freud la llama – para distinguirla de la anterior - anorexia histérica.

¹⁷Várela Viglietti, Gonzalo: Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU)

¹⁸ Freud, Sigmund. Manuscrito G. Melancolía. Fragmentos de Correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]).

¹⁹ Freud, Sigmund. Manuscrito G. Melancolía. Fragmentos de Correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]).

La anorexia histérica atañe la falta de “voluptuosidad” pues se interpone la defensa. La melancolía atañe a la falta de “estímulo sexual somático” como queda de relieve en el famoso “esquema sexual” del Manuscrito G.

La mamá de Mariana dice “...hace cuatro meses empezó a adelgazar, no quería comer, decía que no tenía hambre...”.

Prestemos atención a que Sigmund Freud llama a esta anorexia “anorexia de las niñas jóvenes”, poniéndola en paralelo con la melancolía.

¿Cuál es, entonces, la relación entre anorexia y adolescencia?

Repasando un poco la adolescencia...

En los últimos dos siglos, el término “adolescencia” se fue extendiendo y adquiriendo una vigorosa presencia en las distintas lenguas de la cultura occidental, coincidiendo con la notoria emergencia de “lo adolescente” en la escena social.

La interpretación de la adolescencia como derivada de adolecer es el fundamento de ciertas ideologías de corte discriminatorio y teorías evolucionistas dogmáticas, que consideran a los niños y adolescentes como seres inacabados, imperfectos, a medio camino respecto a un ideal de perfección, al cual se arribaría en la adultez, según un programa de desarrollo predeterminado, seccionado en rígidas etapas cronológicas.

Esta idea genera criterios clínicos y pedagógicos adaptativos, que apuntarán a completar esas carencias, vigilar y disciplinar para corregir cualquier desvío del desarrollo, que podría ser considerado anormal, inmoral o patológico.

Esta es una posición muy distinta a la de las ideas psicoanalíticas como las de Donald Woods Winnicott²⁰, con su confianza en el potencial creativo del crecer adolescente.

²⁰ Winnicott, Donald Woods (1869-1971). Pediatra, psiquiatra y psicoanalista inglés.

Este autor afirma que el adolescente es “inmaduro” y que esta inmadurez es un elemento esencial de la salud en la adolescencia.

Es esta inmadurez una parte preciosa de la escena adolescente, contiene los rasgos más estimulantes del pensamiento creador, sentimientos nuevos y frescos.

Se puede decir que una de las cosas más estimulantes de los adolescentes es su idealismo. Todavía no se han hundido en la desilusión, y el corolario de ello consiste en que se encuentran en libertad para formular planes ideales.

Winnicott plantea que, si en la fantasía de un niño hay contenido de muerte, en la adolescencia el contenido será de asesinato. En la fantasía inconciente existe la muerte de alguien.

Es necesario que el paso de la adolescencia a la adultez esté acompañado de un ambiente facilitador. Los padres están en condiciones de ofrecer muy escasa ayuda, lo mejor que pueden hacer es “sobrevivir”, mantenerse intactos, sin abandonar ningún principio importante.

Si los adultos abdican y delegan responsabilidad, el adolescente se convierte en un adulto en forma prematura y por un proceso falso; pierde toda actividad imaginativa y los esfuerzos de la inmadurez. Ya no tiene sentido la rebelión, y el adolescente que triunfa demasiado temprano resulta presa de su propia trampa.

Winnicott hace una diferencia entre la creatividad y la creación.

Una creación puede ser un cuadro, una casa, un jardín, un traje, un peinado, una sinfonía, una escultura. La creatividad, por su parte, es un universal, corresponde a la condición de estar vivo.

Puede haber circunstancias extremas que lleven a que eso personal, original, creador, se oculte y no dé señales de su existencia, pero nunca se produce la destrucción total de la capacidad de un individuo humano para ese vivir creador.

...“Por lo tanto, el impulso creador es algo que se puede entender como una cosa en sí misma, que, por supuesto, es necesario si el artista quiere producir una obra de arte, pero también como lo que se encuentra presente cuando cualquiera – bebé, niño, adolescente, adulto, anciano o mujer – contempla algo en forma saludable o hace una cosa de manera deliberada... Se halla presente tanto en el vivir de momento en momento de un niño retardado que goza con su respiración, como en la inspiración de un arquitecto que de pronto sabe qué desea construir, y que piensa en término de los materiales que puede usar para que su impulso creador adquiriera formas y el mundo pueda verlas...”²¹

Este autor señala que la creatividad es uno de los denominadores comunes, una de las cosas que comparten todos los hombres y mujeres.

Piera Aulagnier y el trabajo incansable de un Yo historiador.

Como se menciona en la introducción de este trabajo, Piera Aulagnier²² ha hecho grandes aportes a lo que sucede en la adolescencia, pero para poder entender esta etapa es necesario remontarse a todo el período que la antecede, el cual esta autora lo llama “el tiempo de 0 a 2”. Repasémoslo...

Piera Aulagnier privilegia, en la constitución del aparato psíquico, al cuerpo, un cuerpo soporte biológico; y también privilegia la intersubjetividad, habla de medio ambiente psíquico que rodea al infans. El otro privilegiado es el Portavoz, la voz materna.

²¹Winnicott, Donald (2008). Realidad y juego. Cap.5 *La creatividad y sus orígenes* (p. 98).Ed. Gedisa. Undécima reimpresión. Barcelona.

²²Aulagnier, Piera (1923-1990). Psiquiatra y psicoanalista francesa.

El aparato psíquico, a través de sus procesos va a metabolizar los elementos de información sensorial (las zonas se erogenizan), convirtiendo los elementos heterogéneos en homogéneos al sistema.

Según Piera Aulagnier hay tres procesos de metabolización:

Proceso originario: las representaciones serán pictográficas, es la primera posibilidad de figurar el encuentro con el mundo.

Proceso primario: Las representaciones serán fantaseadas, es el reconocimiento del espacio exterior a sí.

Proceso secundario: Las representaciones serán los enunciados, la “idea”, la puesta en pensamiento propio del Yo.

Estos procesos se suceden temporalmente y su puesta en marcha es provocada por la necesidad que se le impone a la psique de conocer una propiedad del objeto exterior, propiedad que el proceso anterior estaba obligado a ignorar.

La instauración de un nuevo proceso nunca implica el silenciamiento del anterior, se van superponiendo.

El objetivo del trabajo del Yo es forjar una imagen de la realidad del mundo que lo rodea y de cuya existencia está informado.

Para que el Yo pueda conocer el mundo, representárselo, interpretarlo, hay tres postulados:

- El proceso originario está regido por el postulado del Autoengendramiento.
- El proceso primario está regido por el postulado de la Omnipotencia del deseo del otro.
- El proceso secundario está regido por el postulado “inserción ya en la sociedad”, la posibilidad de ya pertenecer al discurso del conjunto.

El encuentro inaugural ubica frente a frente a la psique y al mundo. En un primer momento este espacio está en el espacio psíquico materno, su cuerpo y sus producciones.

Como decíamos anteriormente, el otro privilegiado es el Portavoz, la madre, el “Yo hablante”. Las palabras y los actos maternos se anticipan siempre a lo que el niño puede conocer de ellos, la oferta precede a la demanda, el pecho es dado antes que la boca lo espere.

Piera Aulagnier llama a esto Violencia Primaria. La cual plantea como radical y necesaria.

Es la acción mediante la cual se le impone a la psique de otro una elección, un pensamiento o una acción motivados en el deseo del que lo impone, pero que se apoyan en un objeto que corresponde para el otro a la categoría de lo necesario.

Este desfase, dice Aulagnier, es aún más evidente en el registro del sentido. La palabra materna derrama un flujo portador y creador de sentido que se anticipa en mucho a la capacidad del infans de reconocer su significación y de retomarla por cuenta propia.

La psique de la madre hace, en un primer momento, de “prótesis”; comunica entre sí, en la primer fase de la vida, dos espacios psíquicos.

¿Qué sucedió en los casos de Maribel y Mariana? ¿Podría pensarse que esta función de prótesis estuvo fallida? En ambos casos aparece una madre que no parecía registrar a su pequeña hija, una madre que no podía libidinizar el cuerpo de su bebé.

Silvia Bleichmar²³ habla de “convicción delirante”, esa que toda madre tiene en los comienzos de la vida de que, de alguna manera, sabe qué es lo que su bebe necesita.

²³Bleichmar, Silvia (1944-2007). Psicóloga Argentina, doctora en psicoanálisis y socióloga.

Pero, a veces, esto no se da, hay una falla en la narcisización; la mamá no puede libidinizar el cuerpo del bebe y éste es como un extraño.

Esta falla en la narcisización en la madre sucede por una dificultad de estructuración del narcisismo secundario, en el cual la castración femenina posibilita el pasaje “trasvasante” al hijo como posicionamiento narcisista.

Cuando se le pregunta a la mamá de Mariana cómo le va a la adolescente con la nutricionista, la madre contesta que bien, pero que no ha podido hablar con la doctora “...con todo lo mío no he podido hablar con la doctora...”, “...Mariana se maneja sola...” (Se refiere a que en unas semanas la operaban de un brazo por un tendón).

Parece una mamá sin capacidad de narcisismo trasvasante.

Piera Aulagnier dice que se puede pensar el tiempo de la psique como dividida en distintos tiempos: El tiempo de 0 a 1 sería desde el nacimiento del infans hasta el momento en que adviene el Yo, es el tiempo de la vida somatopsíquica. Aquí ubica el proceso originario, son las primeras inscripciones, es decir, es el primer material con que va a empezar a trabajar el psiquismo.

El tiempo de 1 a 2 es el tiempo de apertura del proceso identificatorio, es el advenimiento del Yo como instancia psíquica; y

El tiempo a partir de 2 es el tiempo de la adolescencia, el tiempo de clausura del proceso identificatorio. El Yo está en posesión de querer la independencia de las figuras parentales.

Durante todo este proyecto identificatorio el Yo libra una batalla entre la realidad psíquica y la realidad exterior.

Si bien el Yo metaboliza lo exterior en representaciones ideicas, algunas de las cuales van a quedar en la memoria que este Yo tiene del pasado, ¿cómo se representa el Yo lo que sucedió en el tiempo de 0 a 1, es decir, antes de su propia existencia?

La vía que encontrará es el portavoz, una voz que le posibilitará representar el pasado. Sólo la madre o su sustituto tienen la memoria de este tiempo.

El Yo adviene en un espacio de realidad, un espacio psíquico, un espacio de discurso.

En el caso de Maribel ¿Qué pudo el portavoz ofrecerle a la niña de lo sucedido en el tiempo de 0 a 1? Ya sea la abuela o la madre, la historia que se le cuenta tiene que ver con necesidades biológicas no con deseos, es una niña que en su historia lleva las marcas de una madre que no parece haberla deseado.

Es una historia rodeada de muerte, el miedo a la muerte.

“...Cuando Maribel nació pesaba 1,225 Kg. y tuvo que estar muchos meses en terapia intensiva en el hospital...”, “...el médico que la atendía sólo me decía que no se sabía con certeza si viviría...”.

Ahora bien, si lo que le dio origen al Yo es esta intrusión de los primeros enunciados significantes, ¿cómo llega el Yo a desprenderse de la trampa que le dio origen? ¿Cómo se libera de este “Yo hablado” para pasar a ser un “Yo hablo”?

Esto sucede cuando el pequeño puede desmentir el discurso del portavoz, cuando dicho discurso puede ser portavoz de una verdad o de una mentira, la condición es dudar de lo oído, que el Yo entre en duda. Esto sólo es posible si el portavoz se deja cuestionar, si reconoce la existencia de un tercero que nadie puede encarnar (la Ley).

La mentira aparece cuando el niño comienza a hacer preguntas por el origen (de los bebés). Allí el niño descubre la mentira del portavoz.

Este descubrimiento lleva a un segundo descubrimiento que es la posibilidad de mentir él también, el Yo puede guardar secretos.

En el caso de Mariana, la madre ¿se ha dejado cuestionar? ¿Permite que su hija guarde secretos? Mariana dice, refiriéndose a su mamá: “...es como ella me dice, yo tengo que confiar sólo en ella y contarle todo a ella...”.

De hecho pareciera que el tratamiento, que era un espacio de Mariana donde la madre no podía acceder en todo, no podía saber todo lo que allí sucedía, empieza a molestarle a esta mamá, le molesta este “secreto”, y no venir a la sesión termina siendo la penitencia de Mariana cuando la mamá se enoja con ella.

Por lo tanto, la instancia yoica es una instancia activa, no pasiva. El yo tiene dos componentes: es identificado, pero también es identificante.

Es una vez llegado a la adolescencia que se elabora el proyecto identificadorio, es el tiempo de clausura de dicho proyecto.

El trabajo más importante del adolescente es poner en memoria, poner en historia.

Piera Aulagnier plantea que es una necesidad del funcionamiento del Yo situarse y anclar en una historia que sustituye un tiempo vivido-perdido por la versión que el sujeto se procura merced a su reconstrucción de las causas que lo hicieron ser, que dan razón a su presente y hacen pensable e investible un eventual futuro.

“...Condenado de y por vida a una puesta en pensamiento y a una puesta en sentido de tu propio espacio corporal, de los objeto-meta de tus deseos, de esa realidad con la cual deberás cohabitar, que les aseguren que conservaran, pase lo que pase, los soportes privilegiados de tus investiduras”. Tal es el veredicto que marca al Yo desde su surgimiento en la escena psíquica...”²⁴

En el caso de Maribel ¿puede esta niña dar razón de su presente? Y en el caso de Mariana ¿puede esta adolescente mirar hacia atrás?

En la historia que se cuenta en el caso de Maribel aparece una madre ausente en lo que al afecto se refiere y un padre ausente en lo real; hay una abuela muy preocupada por

²⁴Aulagnier, Piera (1994). Un intérprete en busca de sentido. Cap.9: *Condenado a investir* (p. 254). Ed. Siglo Veintiuno.

necesidades biológicas de la niña sin tener en cuenta sus deseos, muy preocupada por su propia muerte y lo que sucederá con su nieta cuando ella ya no esté, lleva obsesivamente de un lado a otro un cuaderno con anotaciones médicas desde hace años y de distintos médicos y no hay nadie que le ponga un límite a esta abuela.

En el caso de Mariana hay una madre narcisista y un padre ausente en su función, la madre lo hace a un lado. Es un padre que sólo causa miedo. Mariana cuenta una discusión entre el padre y Ramiro donde el padre saca un arma, un revolver. En la última sesión la adolescente dice "...se nos hizo el malo, ya me tiene cansada porque todos los fines de semana toma vino y después se hace el malo...". La madre dice "...cada vez que Mariana ha salido de novio con estos chicos, lo ha hecho a escondidas del padre...", la madre es quien la cubría del padre para que éste no se enterara.

Dos trabajos fundamentales en la adolescencia: Permanencia y cambio.

En la adolescencia se produce un trabajo de construcción y reconstrucción permanente; el cual permite dejar el tiempo pasado y definitivamente perdido, pero que sigue existiendo psíquicamente, permaneciendo el Yo.

Pero para ello es necesario hacer pie en un número mínimo de "anclajes identificadorios", es en la infancia que estos anclajes se van seleccionando y apropiando. Estos forman el *fondo de memoria* (representaciones que han caído bajo represión).

Es esto lo que permite al Yo, a pesar de los cambios físicos y otros cambios que se dan en la adolescencia, la garantía de la permanencia y permiten invertir el presente y proyectar el futuro.

Es un trabajo de elaboración, un desplazamiento libidinal, se le quita la libido al pasado y se la traslada al futuro.

Para que este proceso identificatorio pueda ser investido por el adolescente es necesario que encuentre en sí mismo, tal como piensa ser en su presente, una potencialidad que puede esperar realizar en su devenir futuro.

Estos son dos trabajos básicos que rigen el proceso identificatorio en la adolescencia, *permanencia y cambio*, y deben preservar entre ellos un estado de alianza.

El adolescente sólo va a tomar a su cargo el proyecto identificatorio si puede tomar el fondo de memoria, los puntos de certeza. Puede cambiar el cuerpo, el tiempo, pueden cambiar las personas alrededor, el lugar físico donde vivir... pero la Identidad, el Yo, permanecerá.

“La Identidad, el sentimiento de sí, requiere de una “certeza” sobre un origen libidinal. No está tallada en la roca ni garantizada de por vida. Por lo contrario, se trata de algo a construir y no a descubrir, a construir y a defender contra viento y marea con el fin de evitar que zozobre el Yo”²⁵

¿Puede Mariana tomar este fondo de memoria que le garantice su permanencia?

Entonces, un aspecto de la identidad es inmodificable, que permite decir “yo soy”; pero la identidad tiene otro aspecto de cambio, el sujeto tiene que ser capaz de decir también: “yo fui, yo sigo siendo, yo seré”.

La función del Yo como constructor que jamás descansa, e inventor, si es necesario, de una historia libidinal de la que extraer las causas que le hacen parecer razonables y aceptables las exigencias de las duras realidades con las que es preciso cohabitar: el mundo exterior y ese mundo psíquico que, en buena parte, permanece ignoto para él.

Las preguntas del niño por el origen tienen un papel fundante en la constitución psíquica en la medida en que lo remiten a la construcción de una escena de sus orígenes.

¿Cuáles fueron las respuestas que se le dieron a las preguntas de Maribel? En sus orígenes hay poco deseo de sus padres, hay discusiones, miedo a la muerte “...tuvo que

²⁵Rother de Hornstein., María Cristina (2006). *Navegando hacia la identidad*. (p.2)

estar muchos meses en terapia intensiva en el hospital...” “el médico que la atendía sólo me decía que había que esperar día a día, que no se sabía con certeza si viviría...”, la abuela dice que el padre “se esfumó”, y que “la madre desaparecía por largos tiempos” “...la madre ni apareció, se fue...” “...se pelea conmigo o con la nena y termina haciéndose el bolso, se va y no vuelve por un tiempo...” “...la nena gritaba y gritaba y quería a su mamá, pero la madre nunca apareció...”.

En la adolescencia el proceso identificatorio, aparece tambaleante: los padres dejan de ser los objetos privilegiados de identificación; es tiempo de duelos, duelo por el cuerpo infantil, duelo por lo que los padres querían que este sujeto fuera y no lo es, desidealización de los padres.

La constitución de la identidad.

La identidad no es un estado del sujeto sino un proceso. Involucra procesos identificatorios y sus conflictos inherentes, para alcanzar la ilusión de unidad que le da al sujeto la convicción de “yo soy este”. Sentimiento que depende de la representación de un cuerpo unificado, de la separación y límite de sí mismo y el otro, de un sentimiento de propiedad de sí, de la imagen narcisista de sí, de la identificación con las imago parentales, del sentimiento de pertenencia a una familia, a un grupo, a un pueblo, a una cultura, etc.

María Cristina Rother de Hornstein²⁶ plantea que todo sujeto necesita contarse una historia de su pasado, oír ese cuento amoroso de su venida al mundo, encontrarse en las fotos de otro tiempo, en los brazos de mamá y papá, encontrar las sonrisas y las alegrías, escuchar los atributos dedicados a “Su Majestad el bebé”: que fue hermoso, inteligente,

²⁶María Cristina Rother de Hornstein: Médica psicoanalista. Docente en “Fundación de Estudios Psicoanalíticos”.

tranquilo, travieso, que gateó, que caminó, que habló, los primeros balbuceos, los primeros juegos, los primeros amigos, la paulatina salida al “afuera”, primera marca de libertad.

¿Hay algo de esto en Maribel? Si todo fue preocupación, discusiones y peligro de muerte...

La adolescencia no es una repetición sino una reescritura, una rehistorización, se pone en juego la temporalidad, el trabajo psíquico, el desplazamiento de una representación a otra.

Hay transformaciones, remodelaciones fantasmáticas, movimientos libidinales, movimientos identificatorios.

“La posibilidad de cambiar y transformarse termina con el último suspiro” (Rother de Hornstein María Cristina, 2008)

Uno de los trabajos del psicoanalista en la clínica es, precisamente, esta revisión.

En la adolescencia predominan las dudas, los interrogantes, los temores, las incertidumbres, los sufrimientos, pero, sobre todo, la capacidad de transformación.

La relativa inestabilidad del Yo adolescente está en relación con el desasimiento de las relaciones primarias y la tramitación del conflicto de separación, desilusión y fin de la omnipotencia infantil, duelos que, bien tramitados, permiten crear nuevas relaciones de objeto.

Tengamos en cuenta que ambos casos, el de Mariana y el de Maribel, están teñidos de duelos constantes:

Mariana dice “...María era como una mamá para nosotras...nos cuidaba...dormíamos agarrándole la mano...” “...ese día que él se murió (el hermano de Karen, su amiga de la infancia) fue el mismo día que mi hermana María se fue con el novio de mi casa...”.

En medio de una discusión con el padre, su hermano “preferido”, Ramiro, decide irse de la casa también.

En el caso de Maribel, aparece un hermanito que muere al nacer, cuando ella tenía cuatro años y medio. Según la abuela "...a la nena le afectó muchísimo la muerte del hermanito...", y seis meses después fallece el abuelo que la crió, "...eran muy pegados los dos...".

En algún sentido lo infantil debe concluir para acceder a un proyecto adolescente. Tiene que haber nuevas elecciones de objeto, consolidación de mecanismos de defensa.

¿Será Maribel capaz de concluir lo infantil? ¿Qué sucederá cuando necesite tomar su fondo de memoria? ¿Podrá o aparecerá un blanco?

La adolescencia y el papel auxiliar de los padres.

La pubertad, con los cambios corporales y el embate pulsional como "momento caótico", es un punto de bifurcación que abre una serie de posibilidades. La pulsión encuentra su fin, pero está todavía lejos de encontrar sus objetos sexuales, trabajo propio de la adolescencia. La adolescencia implica el pasaje de los objetos prohibidos hacia objetos exogámicos.

En medio de este panorama los adolescentes sufren también la confusión generacional en la que viven sus padres, cuando no aceptan el paso del tiempo y olvidan que sus hijos los requieren como adultos y sostenes de sus identidades en pleno momento de transformación, como interlocutores y referentes de confianza y no como pares, amigos o compinches.

Mariana dice "mi mamá es mi mejor amiga, es como ella dice, yo tengo que confiar sólo en ella y contarle todo a ella porque la mejor amiga siempre es la madre, mi mamá me enseñó eso". La madre era quien la protegía del padre para que éste no se enterara de los

novios que tenía. Además hay otros cambios de roles: "...María (la hermana) era como una mamá para nosotras...nos cuidaba cuando mi mamá salía a fiestas, al boliche..."

En el caso de Maribel, la abuela afirma que "...A la nena la criamos nosotros (los abuelos)...". La mamá actuaba más bien como una hermana "...tal vez se pelea con la nena y se pone a la altura de ella...", pero ¿le habrían dado el lugar de madre alguna vez? Pareciera que la abuela, al hablar de la madre como "disminuida mental" tampoco la consideraba capaz de ser buena madre.

El momento de la adolescencia es también un momento crucial para la eclosión de cuadros psicopatológicos severos.

Cuando el papel de Yo auxiliar, la madre que contiene, la madre que metaboliza los ruidos, la madre espejo, no está garantizado, las posibilidades de elaboración del niño se ven sobrepasadas y el Yo debe hacer frente a la doble angustia: de intrusión y de separación.

¿Pudieron las madres de Maribel y Mariana llevar a cabo el papel de "Yo auxiliar"? No parecen estar dadas las condiciones para ello.

Este trabajo de investigación, en la adolescencia, se pone al servicio de "imaginarizar" e inventar un futuro ligado a ese pasado, a la genealogía. El proyecto identificador, guiado ahora por el Ideal del Yo, nace de este trabajo.

Tanto en el caso de Maribel como en el de Mariana, las madres de ambas traen historias de abandonos, abandonos físicos y psicológicos, maltratos psíquicos y falta de libidinización de sus propios cuerpos.

Relación entre la adolescencia y la anorexia.

Volvamos ahora a la pregunta sobre la relación entre la adolescencia y la anorexia...

Según Gonzalo Várela Viglietti la anorexia, en esta edad, es precisamente una forma de evitar la adolescencia, con todos los conflictos y duelos que ella entraña, y con el trabajo psíquico que supone para el aparato. Esto hace de esta anorexia de las chicas jóvenes un cuadro bien distinto de otros. Sabemos que la adolescencia no se trata solamente de la reedición del conflicto edípico. Los trabajos más recientes, dan cada vez más importancia a la problemática narcisista: los cambios corporales, los procesos de identificación y desidentificación, la alterada economía narcisista, el conflicto dependencia-independencia, los ideales, etc.

Tanto en la anorexia como en la adolescencia se destacan:

- Las perturbaciones del esquema corporal y de la imagen del cuerpo.
- Una fuerte tendencia a la acción, al gesto, a la actuación, pues quien habla, es sobre todo el cuerpo. Mariana dice: “...yo soy la que se mete siempre en líos para defenderla, ya varias veces me agarre a las piñas...”
- La importancia del conflicto dependencia-independencia. La madre de Mariana: “...Mariana se maneja sola...”. Mariana: “...A mí no me gusta hacer cosas sola, no me gusta manejar sola...”.
- Por último, el destacado papel que debe concederse a los problemas concernientes a la identidad y la identificación sexual.

Ante este problema, tal vez, una solución que encuentra Mariana es “SOY ANOREXICA”. De esta manera también puede encontrar una identidad diferenciada de la hermana gemela.

Por lo tanto, este autor concibe a la anorexia como una de las múltiples formas en que puede ocurrir el fracaso de la crisis adolescente.

Estas pacientes (las anoréxicas) que no pueden dejar de moverse, para desgastar sus energías; no pueden tampoco dejar de pensar. La hiperactividad física tiene su correlato en la hiperactividad mental. Si la primera busca el desgaste del cuerpo, la segunda busca la abrasión de los contenidos mentales. Todo pensamiento, también todo afecto, es erradicado y oscurecido por un pensar compulsivo y excitado acerca de recetas, comidas, calorías, dietas, etc. Su obsesión por la cocina, por los alimentos y sus valores calóricos, implica una sobreinversión masiva de dichas representaciones que ocurre como consecuencia del desinversión, también masivo, de toda otra representación. Todo ello pone de manifiesto su fracaso a la hora de encarar el trabajo psíquico que es necesario transitar para abordar los problemas específicos de esta etapa adolescente, crucial en el desarrollo de todo sujeto. Todas estas conductas tienen un aspecto común: el de cortocircuitar la economía psíquica lo que va en detrimento de la vida fantasmática, sexual, afectiva y relacional de la persona.

Así, la anorexia, es un fallo, un fracaso de una crisis adolescente que no llega a producirse.

La necesidad de estos pacientes de mantener su precario equilibrio narcisista se encuentra siempre amenazada. Esta es una de las razones que permiten entender la terrible crueldad con que tratan su cuerpo, su impulso a borrar de él todo rasgo de vida que pudiera ser asiento de un deseo de otro, su imperiosa marcha, siempre renovada, hacia la silueta de un cadáver, que no puede suscitar jamás, en otro, más que el horror frente a esa figura siniestra de la muerte. Esa delgadez que deja ver los huesos es como la imagen misma de la muerte, y no puede provocar más que horror.

La adolescencia es una etapa de desarrollo psicosexual de importancia capital. Se trata de un momento evolutivo en donde se reorganizan y se producen los cambios necesarios

para afrontar con éxito el futuro psicológico. Sin embargo, éste depende de la posibilidad del adolescente para enfrentarse al aumento cuantitativo de las pulsiones, del acceso a la genitalidad, de cómo se resuelve el duelo de los objetos primarios y de cómo se reelabora cognitivamente el Ideal del Yo.

¿Es posible que Mariana logre esta reorganización? ¿Es posible que pueda hacer frente a los duelos propios de la adolescencia? Tampoco aquí parecen estar dadas las condiciones necesarias...

La adolescencia como segundo tiempo de la sexualidad, con la metamorfosis de la pubertad que abre las puertas a una serie de cambios y de reestructuraciones psíquicas.

Trabajo de elaboraciones y tramitaciones subjetivas que no son sin angustia, dolor y pena.

Decir cuerpo, no es hablar de un organismo dado, sino de una construcción a hacerse y que los avatares de la pubertad ponen en extrema tensión. Irrupción pulsional del orden de lo traumático.

Ha de ser en este tiempo, en que ciertas cuestiones habrán de ponerse en juego para que al decir de Sigmund Freud "...se introduzcan cambios que lleven la vida sexual infantil a su conformación normal definitiva..." (Freud, 1905)

"La pulsión sexual era hasta entonces predominantemente autoerótica, ahora halla al objeto sexual. Hasta ese momento actuaba partiendo de pulsiones y zonas erógenas singulares que, independientemente unas de otras, buscaban un cierto placer en calidad de única meta sexual. Ahora es dada una nueva meta sexual..." (Freud, 1905)

Nueva meta, pero también reunión de dos corrientes dirigidas al objeto: la sensual y la tierna; como así también "separación tajante entre lo masculino y lo femenino".

Metamorfosis puberal que implica no solo una cuestión de transformación de una imagen sino también la asunción de consecuencias tales como una forma nueva de placer genital y la capacidad reproductiva ausente hasta ese momento.

El hecho de que la edad de comienzo de los trastornos del comportamiento alimentario sea, generalmente, la adolescencia, nos lleva a pensar que existe alguna relación entre anorexia y la crisis que se experimenta en ese momento de la vida.

La anorexia como respuesta a una falla en los duelos adolescentes

Siguiendo a Silvia Tubert²⁷ podríamos pensar que la anorexia corresponde a un fracaso en la resolución de la crisis adolescente, entendiendo que la adolescencia está marcada por el enfrentamiento con la sexuación y la mortalidad.

Freud observaba que en la pubertad, en virtud del segundo florecimiento de la sexualidad desencadenado por la maduración gonádica, se produce una reedición del complejo de Edipo que sólo se resuelve mediante la intervención definitiva e inexorable del tabú del incesto ("exigencia civilizadora que actúa especialmente en el adolescente"), que conduce a la ruptura generacional y a la liberación de la autoridad de los padres. El pasaje por la situación edípica hace posible la articulación simbólica de la diferencia entre los sexos y la diferencia entre las generaciones. Pero la metamorfosis corporal que se produce en este momento supone, desde el punto de vista pulsional, una excitación somática difícil de procesar psíquicamente. Esto genera una intensa angustia y evoca, al mismo tiempo, los fantasmas y recuerdos de carácter libidinal referidos a la sexualidad infantil pregenital. De modo que la modificación corporal despierta, y se convierte en representante de, fantasías inconscientes en las que se articula el deseo;

²⁷Silvia Tubert: Licenciada en psicología por la Universidad de Buenos Aires. Doctora en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid.

simultáneamente, aquella transformación produce una herida narcisista que afecta al yo o, en su caso, revela en este momento su fragilidad. Esto conduce a apartar la libido de los objetos y retornar al autoerotismo que proporcionó la satisfacción sexual en la infancia. Este redescubrimiento del cuerpo lo sitúa en primer plano, en el centro de las preocupaciones del sujeto, al tiempo que el yo, que es entre otras cosas un yo corporal, sufre a su vez una serie de transformaciones, especialmente en lo que respecta a la imagen de sí, que se viven como pérdidas:

- La pérdida de la imagen de sí mismo que se había elaborado en la infancia y alcanzado cierta estabilidad en el período de latencia: los adolescentes observan en el espejo una figura transformada, que no coincide con su auto-representación y genera la experiencia de extrañamiento con respecto a su cuerpo.
- La pérdida de la representación narcisista del niño o niña ideal, es decir, sin carencias, ajena al reconocimiento de la castración, la sexuación y la mortalidad, reconocimiento que dará lugar a una profunda herida narcisista.
- La pérdida de la figura de los padres como soporte del ideal del yo infantil (en función, precisamente, de la ruptura generacional asociada a la instauración del tabú del incesto), que relanza la dialéctica identificación/separación, en tanto le hace revivir el drama de la separación originaria, de la decepción inicial consecutiva al desprendimiento irreparable del otro.

Estas transformaciones ponen en cuestión la organización del esquema o imagen corporal.

Estadio del espejo y conformación de la identidad: consecuencias en la imagen inconciente del cuerpo.

Françoise Dolto²⁸, hace una diferenciación entre lo que ella llama “esquema corporal” e “Imagen inconciente del cuerpo”. El esquema corporal es el intérprete activo o pasivo de la imagen del cuerpo, en el sentido de que le permite la objetivación de una intersubjetividad, de una relación libidinal fundada en el lenguaje; relación con los otros y que, sin él, sin el soporte que él representa, sería para siempre un fantasma no comunicable.

La imagen inconciente del cuerpo (eminentemente inconciente) es propia de cada sujeto, está ligada a él y a su historia.

Es la síntesis viva de nuestras experiencias emocionales: interhumanas. Se la puede considerar como la encarnación simbólica inconciente del sujeto deseante y ello, antes inclusive de que sepa decir “yo”.

Dolto trabajó mucho con Jacques Lacan²⁹ durante su carrera y creó junto a él la Escuela Freudiana de París.

Para Jacques Lacan, el bebé que aún no habla, que todavía no accede al lenguaje, no puede diferenciar entre él y el exterior; no tiene una imagen unificada de su cuerpo, el yo todavía no está estructurado, el objeto no se encuentra plenamente diferenciado.

Lacan postula que “...la cría de hombre, a una edad en que se encuentra por poco tiempo, pero todavía un tiempo, superado en inteligencia instrumental por el chimpancé, reconoce ya sin embargo su imagen en el espejo como tal”³⁰.

²⁸Dolto, Françoise: Médica pediatra y psicoanalista francesa (1908-1988)

²⁹Lacan, Jacques: Médico psiquiatra y psicoanalista francés (1901-1981)

³⁰Lacan, Jacques: Escritos I. Cap. *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* (p. 99). Ed. Siglo veintiuno. Edición especial. 2014.

El niño no se conforma con el control que ha adquirido de su imagen, sino que experimenta, jugando con una serie de gestos, su imagen con el medio ambiente reflejado en el espejo, ambiente que incluye a otras personas y a otros objetos. Según Lacan este jugueteo con la imagen se da entre los seis y los dieciocho meses y constituye "...una identificación en el sentido pleno que el análisis da a este término: a saber, la transformación producida en el sujeto cuando asume una imagen"³¹

Esta identificación inicial primeramente imaginaria, confluye en una matriz simbólica en la que el yo surge. Posteriormente este yo incipiente se objetiviza al identificarse en un proceso dialéctico con el *otro* para finalmente ser colocado en su función de sujeto a través del lenguaje.

El estadio del espejo constituye una asunción del sujeto en su narcisismo.

Puede suceder que exista la falta de un espejo en el otro. La identidad del niño se constituye por la mirada del otro, por el actuar del otro que, adivinando sus necesidades y sus deseos actúan en consecuencia. La madre o quien ejerce su función adivina, intuye qué desea el niño y se lo da o no se lo da (está cansado, tiene sueño, tiene hambre). En el narcisismo primario el nuevo sujeto se inviste a sí mismo, a la imagen de sí mismo con la que se ha identificado.

Pero ¿qué sucede en la anoréxica que puede percibirse un cuerpo gordo estando sumamente delgado?

Tal vez al no existir el espejo del otro, al no ser aceptada por el otro como un sujeto, la anoréxica no puede asumirse como la imagen reflejada en el espejo.

Freud afirmaba que el punto más espinoso del sistema narcisista corresponde a la creencia en la inmortalidad del yo; la imposibilidad de seguir afirmándola impone el

³¹Lacan, Jacques: Escritos I. Cap. *El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica* (p.100). Ed. Siglo veintiuno. Edición especial. 2014.

reconocimiento de la finitud de la existencia. En consecuencia, el reconocimiento de la sexuación -renuncia a la bisexualidad imaginaria e interrogación acerca de la propia identidad sexuada- y el de la mortalidad -renuncia a la inmortalidad- son, en cierto modo caras de la misma moneda. Parte importante de la psicopatología específica de la adolescencia -tal como sucede en las anorexias y bulimias- se vincula con la imposibilidad de asumir esta doble herida narcisista y a las correspondientes operaciones defensivas con las que se intenta neutralizarla.

En consecuencia, la angustia específica de la adolescencia no se refiere sólo a la reedición del conflicto edípico con su correlato, la castración y la consiguiente separación de los objetos originarios, sino también a los procesos relacionados con la transformación de la propia imagen. Como consecuencia del derrumbe narcisista se produce:

- Ruptura del vínculo con la madre, soporte de la posición narcisista del sujeto en su infancia, en tanto constituía con ella una célula autosuficiente y ocupaba el lugar del objeto de su deseo (a esto nos referimos al hablar de reedición del complejo de Edipo).
- Pérdida del yo corporal, debido a la metamorfosis puberal.
- Pérdida de la bisexualidad imaginaria, es decir, del otro sexo negado por la realidad anatómica. Si en el plano pulsional aquélla se experimenta como castración, en lo que concierne a la imagen corporal y a la identidad del yo se presenta como partición, en tanto es necesario renunciar a la otra mitad, de la que se podía disponer imaginariamente en la infancia.
- Culminación de la diferenciación entre el yo actual y el yo ideal (hablamos siempre en términos relativos, ya que la discriminación total nunca se acaba de alcanzar); la libido que ocupa la representación del yo ideal en la posición

narcisista se desplaza al ideal del yo. En la medida en que la partición se experimenta como un desdoblamiento, se intenta restaurar el narcisismo perdido mediante la relación con objetos que operan como un doble del sujeto por cuanto representan al ideal y asumen tanto el antiguo vínculo con la madre como la bisexualidad. Este objeto ocupa el lugar de la imagen especular y responde al desdoblamiento narcisista de la propia imagen.

Es posible observar una gradación en el pasaje del yo ideal al ideal del yo en función de los objetos que va libidinizando el adolescente en el intento de restituir su narcisismo, aunque esta vez de un modo simbólico que requiere una diferenciación cada vez mayor: el diario íntimo, el amigo o amiga íntimos (del mismo sexo que el sujeto), un sustituto del objeto parental idealizado (ídolos juveniles) y, finalmente, el compañero heterosexual. En estas condiciones, lo que se ama, según Freud, es aquello que posee -supuestamente- la perfección que le falta al yo para alcanzar el ideal. Es decir, se ama una imagen de algo que se cree haber poseído y perdido: el yo ideal, que ya no puede sostenerse ante la confrontación con la realidad, es sustentado por otro; cuanto más valioso sea este otro, tanto más valioso resultará el propio yo; de este modo, recupera su condición ideal mediante un rodeo.

Mariana llega al consultorio y lo primero que cuenta es sobre el corte de su relación con un novio (César); habla del duelo por esta pareja. Más adelante hablará de otra pareja (Emanuel), su “primer novio” y de cómo se rompió esta pareja también.

Como decíamos anteriormente, los trabajos más recientes dan cada vez más importancia a la problemática narcisista.

Luís Hornstein³² sostiene que cada vez más los psicoanalistas tenemos que afrontar una clínica proteiforme: personas con incertidumbre sobre las fronteras entre el yo y el objeto o entre el yo y el yo ideal; fusión con los otros anhelada o temida; fluctuaciones intensas en el sentimiento de estima de sí; vulnerabilidad a las heridas narcisísticas, gran dependencia de los otros o imposibilidad de establecer relaciones significativas; inhibiciones y alienación del pensamiento; búsqueda del vacío psíquico (tanto a nivel de la fantasía como del pensamiento); predominio de defensas primitivas: escisión, negación, idealización, identificación proyectiva.

En los motivos de consulta predominan, en proporción abrumadora: dificultades en la regulación de la autoestima, desesperanza, alternancias de ánimo, apatía, hipocondría, trastornos del sueño y del apetito, ausencia de proyectos, crisis de ideales y valores.

En las patologías narcisistas podemos ver los efectos de los duelos masivos y traumas devastadores que hacen zozobrar vínculos, identidades y proyectos personales y colectivos. La autoestima y la identidad se resquebrajan cuando la sociedad “maltrata” al sujeto y se desmantelan aquellos soportes necesarios para la perdurabilidad de la vida psíquica. La degradación de los valores colectivos incide sobre los valores personales, instituidos en la infancia pero siempre resignificándose.

¿Es la anorexia un resultado cultural?

Muchos autores vinculan la anorexia con la cultura y la construcción cultural del cuerpo femenino. Sin embargo, la comprensión de los trastornos de la alimentación no se agota, de ninguna manera, con la referencia a los efectos subjetivos de los ideales estéticos de la figura femenina, si bien estos desempeñan un papel importante.

³²Luís Hornstein: Médico psicoanalista. Premio Konex de platino década 1996-2006: Psicoanálisis. Presidente de la Fundación para la Investigación de la Depresión (FUNDEP).

Como expresan Ginette Rimbault³³ y Caroline Eliacheff³⁴, la idealización de la delgadez y, aun más en la actualidad, de la musculatura del cuerpo femenino, es reconocida. A menudo, el inicio de las restricciones alimentarias coincide con el deseo consiente de perder algunos kilos, anhelo reconocido como culturalmente legítimo, y con una hiperactividad deportiva, también valorizada. Sin embargo, la descripción de Lasègue, cuya validez permanece, corresponde, según la fecha, a una época en la que el ideal cultural y la silueta femenina no era en absoluto la delgadez. Nada confirma nunca en las palabras de las anoréxicas, una vez que la anorexia está instalada, que ellas anhelan estar “a la moda”. El factor desencadenante que sería el anhelo de estar más delgada, pasa muy rápidamente a un segundo plano de una sintomatología mucho más compleja, y el temor por volver a engordar no es “cultural”.

En cambio, la mayoría de las mujeres admira la apariencia de las anoréxicas y envidia su capacidad de autocontrol y disciplina.

Quienes anhelan ajustarse al ideal de delgadez de nuestra sociedad no son las anoréxicas: la mayoría de las mujeres admira a las anoréxicas por llevar a cabo con tanta disciplina lo que ellas aspiran: a menos que, por las mismas razones, las anoréxicas no desencadenen en esas mujeres violentos sentimientos de hostilidad.

¿Fue, entonces, la anoréxica una precursora de la moda?

Las anoréxicas existieron mucho antes de que la delgadez estuviese de moda: es probable que la fascinación que ejercen en la actualidad, particularmente sobre las mujeres, no esté ajena al hecho de que algunos de sus rasgos físicos y psicológicos se valoricen en nuestra sociedad.

³³Ginette Rimbault: Pediatra. Neuróloga. Psiquiatra.

³⁴Caroline Eliacheff: Psicoanalista.

Un control tal, un dominio tal de las necesidades fisiológicas, ha sido admirado desde siempre, como lo demuestra el ayuno “ritual” cuya meta sería la de alcanzar la unidad divina.

Un ejemplo de esto podría encontrarse en el caso de “Sissi, emperatriz de las anoréxicas” (Sissi, emperatriz de Austria)³⁵.

O también, Antígona, hija de Edipo Rey³⁶.

Anorexia y el vínculo materno.

Por otra parte, en términos generales, la significación del síntoma de la anoréxica remite tanto a la relación temprana de la niña con la madre -en la medida en que despliega la problemática de la oralidad- como al pasaje fallido por la situación edípica: la actualización del erotismo oral, que retorna de lo reprimido en el síntoma, es el producto del desplazamiento de una genitalidad que no se puede asumir.

En el contexto de la relación con la madre, la negativa a comer puede representar un intento de establecer una separación, una distancia, de impedir que el otro la “llene”; es la única forma de hacerlo con una madre que, según informan las historias clínicas, ha centrado su atención a la hija en la alimentación, obstruyendo la enunciación de cualquier deseo posible mediante la satisfacción de la necesidad orgánica o la exigencia de amoldarse al ideal materno. A medida que la hija crece, la madre puede desplazar el interés por sus necesidades a otros aspectos de su existencia, siempre que se trate de algo concreto -como el rendimiento en los estudios, por ejemplo- pero no puede tomar en consideración la condición de sujeto de la niña: sus deseos, fantasías, aspiraciones.

³⁵Raimbault, Ginette y Eliacheff, Caroline (1978). Las indomables figuras de la anorexia. Cap.II: *Sissi, emperatriz de las anoréxicas* (pp. 57-82). Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

³⁶Sófocles (2003). *Edipo Rey – Antígona*. Centro Editor de Cultura.

En consecuencia, espera rendimientos elevados de su hija pero toma la mayor parte de las decisiones que le conciernen: aquélla ha de ser aceptada y valorada socialmente como producto de su madre, como espejo que debe reflejar su ideal narcisista. Por eso, si en los casos más leves, asociados a estructuras histéricas o cuadros depresivos, la anorexia puede entenderse como acting-out (actuación), en el sentido de la escenificación de un conflicto que no se puede articular de otro modo, que se muestra al otro, en los más graves, cuando el proceso de alienación se aproxima a la psicosis, hemos de pensar en un verdadero pasaje al acto.

Podría pensarse en Maribel y su relación con la abuela, una abuela que la espera a la niña más completa o más perfecta de lo que fue su madre.

Jordi Sierra I Fabra³⁷ es un escritor que ha publicado una novela llamada “Las chicas de alambre”. En esta obra puede apreciarse cómo la anorexia puede ser el resultado no sólo de la cultura sino también de la historia personal de cada una de las mujeres que son los personajes de esta obra, su relación con su madre, con su historia, con sus deseos.

Dejar morir al propio cuerpo: muerte psíquica.

Donald Winnicott ha establecido la relación existente entre los síntomas que implican dejar morir al propio cuerpo y una experiencia temprana de "muerte psíquica", es decir, de inexistencia -en algún sentido- para el otro. Esto es lo que sucede cuando la hija no logra constituirse como sujeto diferenciado porque no puede salir -o sólo sale traumáticamente- de la identificación primaria con la madre: la niña se convierte en

³⁷Jordi Sierra I Fabra: Escritor español. Nació en Barcelona el 26 de Julio de 1947.

portavoz de los deseos de la madre y ésta atribuye sus propios deseos a la hija y trata de satisfacerlos bajo la apariencia de ocuparse de aquélla.

Winnicott habla de “miedo al derrumbe”. Entiende el término “derrumbe” como una falla de la organización de las defensas. El Yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada; derrumbe del establecimiento del self unitario. El problema es que el Yo nada puede organizar contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente.

El individuo hereda un proceso de maduración. Esto lo lleva adelante en la medida en que exista un ambiente facilitador.

El individuo pasa de la dependencia absoluta a la independencia relativa y de ésta avanza hacia la independencia.

En un ambiente propicio, el individuo tiene un desarrollo que puede ser clasificado como una *integración* a la que se agrega una *residencia*, seguida de la *relación con el objeto*.

En esta descripción el avance en el desarrollo se corresponde estrechamente con la amenaza de un movimiento retrógrado (y las defensas contra esta amenaza) en la enfermedad esquizofrénica.

Debe recordarse que en la época de la dependencia absoluta, en que la madre cumple la función de yo auxiliar, el bebé aún no ha separado lo “distinto de mí” de lo que es “parte de mí”.

Winnicott sostiene que el miedo clínico al derrumbe es *el miedo a un derrumbe ya experimentado*. Es el miedo a la agonía original que dio lugar a la organización defensiva desplegada por el paciente con síndrome mórbido.

¿Podría pensarse que en Maribel hubo una experiencia temprana de "muerte psíquica"?

Potencialidad psicótica: un eterno “Yo hablado”.

Piera Aulagnier también habla de las consecuencias de esta no diferenciación llevándola al punto máximo de las psicosis.

En estos casos hay un Yo que no se ha dado la posibilidad de desear, de autonomía para pensar, el Yo no ha podido constituirse en instancia identificante, ha quedado sólo como repitente.

En estos niños hubo una madre que no se dejó cuestionar, que se erigió como Ley.

El psicótico no ha podido preservar los elementos del fondo de memoria. La etapa de la infancia no queda nunca cerrada como capítulo, queda pegado a esas representaciones.

En la psicosis la prohibición recae sobre la postura deseante que nunca ha sido impuesta por el deseo del Otro, el conflicto identificatorio opone y desgarrar los dos componentes del Yo, el Yo no puede ser identificante sino solo identificado; y esto hace a la *potencialidad psicótica*.

Aunque el sujeto no tenga los puntos de anclaje identificatorios, igual puede ir por su vida con una serie de “muletas” que le permiten cierto equilibrio y con los cuales se defiende de un movimiento de desinversión. Pero, al final de la adolescencia, cuando tiene que invertir su pasado y proyectar al futuro, se produce la crisis, la descompensación y descubre la fragilidad de sus “muletas”, entonces rechaza el futuro por no poder invertir el pasado.

Así se produce la *catástrofe identificatoria*, no tiene apoyo en identificaciones que lo harían autónomo para nuevas elecciones, inversiones.

Las “muletas” sólo le permitieron mantener latente la potencialidad psicótica, tapando la verdadera *grieta*. Al no estar los enunciados parentales que lo anticipan y que lo van a identificar, lo que el Yo encuentra, en lugar de un fondo de memoria, es un *blanco*.

Esto habla del abuso de poder sistemático en la relación de la madre con el infans y con el niño.

El niño ha crecido en un medio ambiente potencialmente psicotizante.

El fondo de memoria, la realidad histórica, lo constituyen tanto la madre como el padre.

A veces, la espera despierta un deseo de muerte, un *deseo mortífero* que tiene que ver con el deseo de no-deseo, como deseo de maternidad que es opuesto al deseo de hijo. El deseo mortífero alude al deseo de que nada cambie; la madre no habilita al niño a tener un pensamiento propio, se instituye como Ley, no acepta al niño como diferente a ella.

Esto está en relación con la Violencia Secundaria, la que no es necesaria, la que va en contra de la autonomía del pensamiento del niño.

Si bien el Yo no ha podido instituirse como identificador es, de todas formas, una instancia activa porque forma el *pensamiento delirante primario*.

Se trata de la presencia de un enunciado acerca del origen que es ajeno a nuestro modo de pensar, no comparte la lógica del conjunto. Cuando el blanco aparece en la adolescencia, este pensamiento se hace manifiesto.

La potencialidad psicótica puede quedar latente toda la vida sin manifestarse, pero no es reversible.

CONCLUSIONES

En todo el trabajo expuesto anteriormente queda remarcada la fundamental importancia que tiene la teoría psicoanalítica en el abordaje teórico – clínico de la anorexia. Una teoría que nos aporta los elementos necesarios al momento de confrontarnos con cuadros tan difíciles como estas púberes anoréxicas. Una teoría que nos puede ir guiando en el camino tanto del diagnóstico, como del tratamiento sin dejar de lado la cuestión ética.

Decíamos, siguiendo a Piera Aulagnier, que el Yo adviene en un espacio de realidad, un espacio psíquico, un espacio de discurso. Lo que le dio origen es la intrusión de los primeros enunciados significantes, pero en algún momento debe pasar de este “Yo-hablado” a ser un “Yo-hablo”. Esto sucede cuando el pequeño puede desmentir el

discurso del portavoz, cuando descubra que ese discurso puede ser portavoz de una verdad o una mentira.

Para que este “yo-hablado” pueda convertirse en “yo-hablo”, es decir, en un sujeto autónomo, para que pueda ser identificante e identificado (los dos componentes del Yo), es necesario, desde el punto de vista psicoanalítico, dos sujetos deseantes de ese futuro sujeto por venir. El origen de la historia del Yo coincide con el origen del deseo que lo ha precedido y que lo ha hecho nacer y ser.

En el tratamiento psicoanalítico, según María Cristina Rother de Hornstein, entender el cómo del funcionamiento psíquico y entender qué de la historia pasada y presente, ayuda a reconectar experiencias significativas que, en tanto susceptibles, den movilidad al proyecto identificador. Intercambio de conocimientos y afectos que son el soporte de la relación transferencial y lo que posibilita la creación de la historia transferencial. La transferencia no es pura repetición de lo ya vivido sino una versión nueva apuntalada en las experiencias significativas.

Para Piera Aulagnier, la transferencia desempeña en la experiencia analítica el papel de un catalizador que permite a dos discursos, dos historias, dos experiencias, dar lugar a una tercera y nueva construcción, de que cada uno de los constructores, terminado el análisis, extraerá las consecuencias, los beneficios, las enseñanzas más conformes a la prosecución de un trayecto que continuará el solo, pero cuyas metas habrán sido modificadas.

Para Luís Hornstein, sea cual fuera la escuela, una psicoterapia produce “suficientes cambios” cuando produce una transformación de las relaciones del Yo con el Ello, el Superyó y la realidad exterior.

Por lo tanto, y en conclusión, podría plantearse que las anorexias deberían ser abordadas desde la teoría psicoanalítica, entendiendo que hay una acción conjunta, y difícilmente deslindable, de la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos, la enfermedad corporal, las condiciones histórico-sociales, las vivencias, los hábitos y el funcionamiento del organismo.

Si tenemos en cuenta, específicamente, el desarrollo y análisis de los casos clínicos expuestos en el Anexo I, podemos hipotetizar que si bien en el caso de Mariana aparece la anorexia como un síntoma histérico, como lo plantea Sigmund Freud; esto no parece ser así en el caso de Maribel quien, aunque aún es un psiquismo en construcción, la anorexia parece ser un síntoma de otra estructura, como lo plantea Jean Paul Valabrega. Todo el medio ambiente psíquico de Maribel parecería hacernos pensar en una potencialidad psicótica, al decir de Piera Aulagnier.

Ahora bien, al hablar del tratamiento de anorexia surge de manera automática otra pregunta: ¿Es conveniente la institucionalización de la anoréxica?

Decíamos a comienzo de este trabajo que fue Jean Martin Charcot el precursor del aislamiento. Aún hoy se practican hospitalizaciones de las anoréxicas como en la época de Charcot.

Pero habría que tener en cuenta, como lo expresa Silvia Tubert, que este tipo de tratamientos se centran en la mera eliminación del síntoma y tienen como objetivo fundamental lograr que la paciente "gane peso". Estos tratamientos que reproducen el modelo de relación familiar que condujo precisamente a la producción del síntoma y, lo que es más grave aún, intervienen en lo real del cuerpo mediante actos que insisten en

ignorar al sujeto y lo reducen -una vez más- a la posición de objeto. Muchas veces estos actos están destinados a aliviar la angustia que despierta la figura de la anoréxica en tanto pone en escena la presencia de la muerte. Pero lo que intenta, excepto en un número muy reducido de casos, no es morir sino estar a punto de morir, sobrevivir negando toda necesidad vital, llevando una vida en los límites de lo posible. Cuando la anoréxica se niega a comer, escribe Ginette Raimbault, está intentando decir qué es lo que quiere: palabras, esas palabras que hacen lo humano, que lo insertan en una historia, que lo vinculan con el Otro en una dependencia diferente de la comida, que lo inscriben como un ser de deseo y no sólo de necesidad.

La hospitalización puede ser necesaria cuando es imposible el tratamiento ambulatorio, en los cuadros depresivos graves, en los intentos de suicidio, en toxicomanías o abusos de medicamentos que requieren una desintoxicación, y cuando existen problemas somáticos o metabólicos. Pero la mayoría de los autores consideran que el tratamiento ambulatorio, fundamentalmente psicoterapéutico, es el más adecuado, en tanto sugieren que el programa dietético no ha de ser impuesto sino establecido de acuerdo con cada paciente.

Ser "anoréxica" o "bulímica" constituye una respuesta a la pregunta por la propia identidad -problema existencial, especialmente angustiante en la adolescencia-, lo que explica la tenacidad con que las pacientes parecen aferrarse a estas etiquetas diagnósticas. Pero se trata de una pseudo-respuesta que aliena al sujeto; de ahí la necesidad de ir más allá del síntoma tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico: las etiquetas sólo sirven para confirmar la falsa identidad. En este sentido, es probable que los servicios destinados exclusivamente al tratamiento de estos trastornos tengan efectos iatrogénicos, reforzando aquello que pretenden curar al incluir a las pacientes en una categoría diagnóstica que, a pesar de estar fundada en una

comunidad inexistente entre ellas (excepto en lo que respecta al síntoma), tiene efectos performativos; fundamentalmente, la producción de una identidad colectiva imaginaria que anula la posibilidad de reconocimiento de la diversidad y la singularidad de la problemática subjetiva.

Maud Mannoni³⁸, en su texto “La Institución como refugio contra la angustia”, publicado en “El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis”; hace un relato de una “cura de una anoréxica” y allí mismo es la paciente la que expresa: “...todo el mundo está contento porque me he curado...no se dan cuenta que eso no es lo importante. No comprenden que lo que cuentan son mis ganas, y son mis ganas lo que las voces matan...espían para matarlas. ¿De qué sirve que viva, si estoy condenada a la muerte de mis ganas?...”³⁹

Y más adelante Mannoni dirá. “...su “curación”, curación hasta ahora muy relativa, porque si bien se trata de la desaparición del síntoma, permanece todavía intacta la manera en que Sidonie realiza, sin saberlo, el lugar que le está reservado por los oráculos que constituyen el aparato de su destino.”⁴⁰

³⁸Maud Mannoni (1923-1998). Psicoanalista francesa.

³⁹Mannoni, Maud (1976).El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Cap.6: *La institución como refugio contra la angustia* (p. 143). Ed. Siglo Veintiuno. 2da. edición.

⁴⁰ Mannoni, Maud (1976).El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Cap.6: *La institución como refugio contra la angustia* (p. 149). Ed. Siglo Veintiuno. 2da. edición.

ANEXO I

CASO MARIANA (15 AÑOS)

Llega al Hospital una madre consultando por su hija Mariana, la cual tiene 15 años de edad y dice *“Mari, el problema que tiene es que es muy flaca, tiene muy bajo peso...hace cuatro meses empezó a adelgazar mucho, no quería comer, decía que no tenía hambre...ya a los trece años estuvo igual, pero no se medicó ni nada y ahora le pasa lo mismo”*.

Mariana es gemela con Florencia, ambas sietemesinas.

La madre habla desde un lugar muy rígido, no da muchos datos ni detalles, no parece estar dispuesta a hablar mucho. Fue la pediatra (quien la conoce desde que nació) quien

derivó a la adolescente a una nutricionista y un psicólogo con el diagnóstico de anoréxica.

La familia de Mariana está compuesta por: su mamá, su papá, un hermano de 33 años (Pablo), un hermano de 25 años (Ramiro), una hermana de 23 años (María) y Florencia, su hermana gemela.

No se pudieron recolectar más datos en la entrevista con la mamá.

En su primer entrevista Mariana se presenta un poco tensa, desconfiada, es muy delgada, mide aproximadamente 1,55 Mts y pesa 37 Kg.

Poco a poco ella parece relajarse, se saca la mochila que traía puesta y se acomoda en la silla.

Comienza contando que ha estado saliendo de novio con un chico por el lapso de un año, Cesar, pero discutió y hace aproximadamente un mes la relación se terminó *“yo ya lloré, ya sufrí demasiado, ahora ya está, ya lo superé”*. Luego habla de otro chico, Emanuel, el cual dice que fue su primer novio y nunca dejó de quererlo *“salí de novio con él a los trece años y él se drogaba; fue a rehabilitación y la mama y yo éramos su apoyo”*. Actualmente se ha reencontrado con este chico, pero las cosas siguen igual que años atrás *“él se droga, va a rehabilitación, después se droga otra vez”*.

Cada vez que Mariana ha salido de novio con estos chicos lo ha hecho a escondidas del padre (que no quiere que las gemelas tengan novio). La madre es quien la protegía del padre para que éste no se enterara.

En las entrevistas siguientes, Mariana fue hablando de las sucesivas y repetidas discusiones entre integrantes de su familia, donde el padre siempre es el centro de los conflictos.

Cuenta que cuando su hermana María tenía 15 años se hizo de novio con un amigo de los hermanos, pero este chico se drogaba. El padre se enteró y le prohibió seguir la

relación. María se fue de su casa con el novio, luego se fue unos días con una amiga
“...hasta que mi mama, a través de un juez, hizo que volviera a mi casa...”

Sigue contando que años más tarde, cuando María ya tenía 18 años, se arregla de novio con otro chico y se va de la casa, ahora siendo mayor de edad.

El padre prohibió la entrada a su casa del novio de María durante un año. Luego, pasado ese año, el novio de María comienza a frecuentar la casa de Mariana y el padre comienza a ir de visita a la casa de María. María ha convivido cinco años y ha tenido dos hijos.

Mariana cuenta muy angustiada que hace unos cinco meses atrás hubo una discusión muy fuerte entre su padre y su hermana María porque, según en padre, María había cubierto a su hermano Ramiro en una mentira (mentira que desplegaría en las siguientes entrevistas).

Mariana cuenta que *“María era como una mama para nosotros, tenía 15 años y trabajaba, estudiaba y nos cuidaba a Flor y a mí, nos cuidaba cuando mi mamá salía a fiestas, al boliche, ¡bueno! ¡Como todas las mamas!, para mí era como mi segunda mamá. Habíamos juntado las tres camas en la pieza, Flor y yo dormíamos a los costados y María dormía en el medio y dormíamos agarrándole la mano”*.

En otra entrevista habla sobre su hermano Ramiro, según la paciente, este hermano es su preferido y ella es la preferida de él. Ramiro vivía en una casita al fondo de la casa de Mariana, vivía con su mujer y su pequeña hija de cinco meses. En un momento este hermano se pelea con su mujer y se separan, la mujer se vuelve a la casa de su madre con la nena. Ramiro dijo a su familia que ya no quería a su esposa y no quería volver con ella, pero con el tiempo se reconciliaron y volvieron a estar juntos sin decirle nada a nadie por un tiempo, se *“...veían a escondidas...”*. El padre se entera de esta situación y también se entera de que María, su hija, sabía de la situación. Aquí es donde el padre

acusa a María de mentirle por cubrir a su hermano y dejan de hablarse hasta el día de la fecha.

Esta discusión entre el padre y María (hace cinco meses) fue seguida por otra discusión que desarrolla Mariana en la sesión. Dos meses después, discuten con el padre Mariana y Ramiro, no quiso hablar sobre el motivo de esta discusión, pero sí conto que en medio de esta pelea, el padre saca un arma, un revolver y Ramiro se mudó de casa.

Esta situación coincide con el momento en que, según la madre de Mariana, la adolescente empezó a dejar de comer.

De su hermano Pablo sólo conto que era hijo de su mama y no de su papa. Su mama lo había tenido a los 17 años y “...*el padre biológico nunca se hizo cargo...*”, lo crió el padre de Mariana. “...*Con mi hermano mi papa no se mete y Pablo no se mete con él, nunca se dicen nada...*”.

En otras entrevistas habla de su hermana gemela. De ella dice que son muy distintas “...*Flor llora por todo, no reacciona cuando pasa algo, no sabe defenderse, siempre llora...yo soy la que se mete siempre en líos para defenderla, ya varias veces me agarre a las piñas porque molestaban a la Flor y a mi hermana nadie la hace llorar, a mi que no me toquen a la Flor porque te mato...ella nunca contesta a mis papas ni a nadie, siempre tengo que ser yo quien pide los permisos o se pelea por ella...*”.

“...*yo siempre estoy con mi hermana para todos lados, ahora repetimos las dos el año pasado... a mi no me gusta hacer cosas sola, no me gusta manejarme sola, siempre estoy con ella*”.

Mariana cuenta que Florencia no tiene problemas de alimentación y pesa casi 10 kilos más que ella. Florencia es quien más la cuida en la alimentación, la obliga a levantarse temprano para que desayune (como lo indicó la nutricionista).

En casi todas las entrevistas Mariana contaba algo de su madre. De ella dice *“Es mi mejor amiga, es como ella me dice, yo tengo que confiar sólo en ella y contarle todo a ella porque la mejor amiga siempre es la madre, mi mama me enseñó eso...”*. La palabra de la madre tiene un peso importantísimo en las decisiones de Mariana.

En una de las entrevistas cuenta que la madre fue dada en adopción, su madre biológica la abandono a ella y sus hermanos y el padre biológico dio a los distintos hijos a diferentes familias, *“...la madre la regaló...”*.

Creció con padres adoptivos y luego, de grande, hace pocos años, se reencontró con sus hermanos y hermanas.

En medio del tratamiento surge en Mariana un recuerdo que, según ella, lo había olvidado: Cuando tenía trece años, tenía una amiguita, Karen, que eran muy unidas de pequeñas. Karen tenía un hermano mayor, amigo de los hermanos de Mariana.

Un día, en que estaban jugando en la vereda Florencia, Mariana y Karen, llega un chico desesperado en bicicleta y le dice a Karen que el hermano había tenido un accidente. La madre de Mariana sale para el hospital con las tres niñas para saber qué había sucedido y según Mariana *“...lo vimos cuando pasaron con la camilla, lo vimos todo roto, me desmayé de los nervios... después él se murió...”*.

Recuerda *“...ese día que él se murió fue el mismo día que mi hermana María se fue con el novio de mi casa...”*.

(Estos sucesos también coinciden con el primer momento en que, según la mama de Mariana, dejó de comer a los 13 años).

Se llamó a la mama de Mariana varias veces para concertar una entrevista, pero esta señora siempre ponía obstáculos para no acudir, el kinesiólogo, el cirujano, etc., etc. Hasta que por fin acude a una cita. En la entrevista la madre habla un poco de su historia personal, la que Mariana ya había contado en sus sesiones, y dice *“...yo no*

guardo rencor, yo no vivo de broncas, yo a mi mama no pude conocerla porque cuando encontré a mis hermanos, mi madre biológica había fallecido hacia poco tiempo... mi marido, al contrario, tuvo una infancia terrible, tuvo un padre que fue muy mal padre, le pegaba mucho, lo maltrataba; ahora él tiene al padre y los hermanos viviendo en otra ciudad y no quiere saber nada de ellos, no se trató nunca más con ellos, siempre me dice que si realmente pienso que mis hermanos me van a querer ahora después de 40 años. Yo no vivo enojada como él por lo que paso, no vivo de rencor como él”.

Cuando se le pregunta cómo le va a Mariana con la nutricionista, dice que bien, pero que no ha podido hablar con la doctora “...con todo lo mío no he podido ir a hablar con la doctora...”. Se refiere a que en unas semanas la operarían de un brazo por un tendón. “...Mariana se maneja sola, pero yo la veo mejor...”.

La madre habla del padre diciendo que tiene un problema con todos los hijos para que tengan pareja “...él quiere todavía poder manejarlos, poder decidir todo, no puede aceptar que crecieron...Mariana sabe muchas cosas del pasado por su hermano Ramiro, cuando eran chiquitos el padre se alcoholizaba, se ponía agresivo y me pegaba; una vez me fui de la casa con los nenes, pero él me buscó y me convenció y volví. Ahora está mejor, toma a veces y se pone agresivo, pero verbalmente, no físicamente... Mi hija María se fue de casa y ha dicho que no va a volver a pisarla, me ha dicho que por ella el padre puede estar muerto...”.

En su última sesión, Mariana llegó muy triste y parecía cansada. Cuenta que el domingo el padre se alcoholizó y “...se nos hizo el malo, ya me tiene cansada porque todos los fines de semana toma vino y después se hace el malo...”.

El padre termina discutiendo a los gritos con Ramiro y Mariana, Florencia lloraba sin decir nada y la madre también se quedó en un rincón callada sin hablar.

Mariana no volvió después de esta sesión, aviso que no vendría más porque su mamá se había enojado y ya no la dejaba venir al hospital.

CASOS MARIBEL (8 AÑOS)

Llega al Hospital una abuela que consulta por su nieta Maribel de 8 años de edad. Llega con muchos papeles en la mano, papeles de médicos y un cuaderno con anotaciones médicas.

Cuenta que la niña nació antes de tiempo. La mamá estaba en el lavadero, lavando ropa y se le inundó el lavadero, para que el padre no la retara quiso levantar una tapa de desagüe “*muy pesada*” y, de tanta fuerza que hizo, provocó las contracciones.

Cuando Maribel nació pesaba 1,225 kg. y tuvo que estar “*muchos meses en terapia intensiva en el hospital. Yo en ese tiempo trabajaba en el hospital limpiando e iba todos los días a ver a mi nieta; el médico que la atendía sólo me decía que había que esperar día a día, que no se sabía con certeza si viviría. Yo me ponía contenta cada vez que iba a verla y pensaba que gracias a Dios que era un día más de vida*”.

“*La madre en todo ese tiempo ni apareció, se fue*”, “*El padre, se esfumó durante todo el embarazo, se enteró que su hija había nacido y se acercó de nuevo a la madre; él sólo volvió porque la familia de él es muy buena familia y lo obligó*”.

Según esta abuela, la madre de Maribel es disminuida mental y no se ocupaba en nada de la niña, la tenía con ella, pero estaba con el padre de Maribel y con mucha “*mala gente, mala junta*”. A partir de allí la abuela se encarga de recuperar a la nieta junto a su marido (el abuelo de Maribel), quien le da su apellido.

“*A la nena la criamos nosotros, con mi marido, la madre venía a veces y se quedaba y a veces se iba y desaparecía por un tiempo*”.

Según la abuela, Maribel fue diagnosticada hace aproximadamente un año y medio, dos años, por su pediatra, con anorexia.

Cuando Maribel tenía tres años y medio la mamá hace pareja con otro hombre y queda embarazada. Nace un hermanito varón.

Un año más tarde, cuando la niña ya tenía cuatro años y medio, la madre vuelve a quedar embarazada, nace otro varón, pero este niño murió al nacer.

Seis meses después de este acontecimiento, *“A la nena le afecto muchísimo la muerte del hermanito”* (dice la abuela), fallece el abuelo que la había criado, con el cual *“eran muy pegados los dos, ella era la luz de los ojos de mi marido”*.

Luego esta abuela cuenta una historia donde *“...la Mary...”*, la mamá de Maribel, fue adoptada de pequeña *“nosotros adoptamos una nena que había sido muy maltratada, la quemaban con cigarrillo y le habían hecho un montón de barbaridades, pero no sabíamos que iba a ser disminuida mental...yo anduve para todos lados con la chiquita, psicólogo, neurólogo, kinesiólogo, fonoaudiólogo...nosotros la adoptamos, pero no sabíamos que iba a ser así....era muy rebelde, nos hizo rezongar muchísimo a mi marido y a mí, mi marido siempre se estaba haciendo mala sangre por las cosas que ella hacía...no la podíamos tener, siempre estaba con mala gente, tenía un novio, otro, otro; a veces venía a casa y a veces desaparecía por largos tiempos... con ella no se puede hablar, grita y pelea todo el tiempo”*.

En la crianza de Maribel, esta mamá ha estado muy poco presente *“tal vez se pelea conmigo o con la nena y se pone a la altura de ella y termina haciéndose el bolso, se va y no vuelve por un tiempo”*.

Hace tres meses atrás, Maribel tuvo un accidente en el baño de su casa, se le rompió una mesita de vidrio donde apoyaba su perfume, el peine, etc. Se cortó una parte importante del brazo izquierdo, empezó a gritar desesperadamente y la llevaron al hospital. *“La*

nena gritaba y gritaba que quería a su mamá, los vecinos la llamaban que viniera porque estaba en lo de una amiga por ahí cerca, pero la madre nunca apareció. Pedía a gritos por ella en el quirófano y el médico enojadísimo decía que llamen a la madre, pero ella nunca fue”.

La abuela dice que la niña *“tiene desesperación por que su mamá la quiera, necesita a su mamá”.*

Por ahora, dice la abuela, *“lo que más me preocupa es que no come, no tiene hambre y se descompone, a veces pasan días y no quiere comer”.*

Hay momentos donde la abuela habla de la religión a la que pertenecen, testigos de Jehová, habla de que el abuelo fallecido *“ronda por el mundo terrenal hasta el momento del juicio final”*, en que *“Dios vendrá a llevarse a los buenos, mientras tanto, no van al paraíso sino que vagan por la tierra”*. Estos relatos son delante de la niña.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la Interpretación. Del pictograma al enunciado*. (2da. Edición). Amorrortu / Editores. 2010.
- Aulagnier, P. (1986). *El aprendiz de historiador y el maestro brujo*. Ed. Amorrortu.

Aulagnier, P. (1994). Un intérprete en busca de sentido. *Cáp.9: Condenado a invertir* (pp. 254-280) y *Cáp.14: Alguien ha matado algo* (pp.379-415). Ed. Siglo Veintiuno.

Aulagnier, P. (1991). Construir (se) un pasado. *Artículo de la revista de APdeBA sobre adolescencia. Vol. XIII. N° 3. 441-468.*

Aulagnier, P. (1988). Como una zona siniestrada. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados. N° 15. 161-173.*

Aulagnier, P. (1980). El sentido perdido. *Cap.7: El propósito de la transferencia: el riesgo de exceso y la ilusión mortífera* (pp. 115-133) y *Cap.8 El derecho al secreto: condición para poder pensar* (pp. 135-150). Ed. Trieb. Buenos Aires.

Bleichmar, S. (1994). Temporalidad, determinación y azar. *Cap.2: Repetición y temporalidad: Una historia Bifronte* (pp. 45-75). Ed. Paidós.

Bleichmar, S. (1993). La fundación de lo Inconciente. *Cap.1: Primeras inscripciones, primeras ligazones* (pp. 17-68). Ed. Amorrortu.

Freud, S. (1892-3). Un caso de curación hipnótica. En S. Freud, *Obras completas* (Tomo 1, pp. 22-29). Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno. 1ra. Edición (especial). 2013.

Freud, S. (1893-5). Caso Emmy Von N. En S. Freud, *Obras completas* (Tomo 1, pp. 55-88). Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno. 1ra. Edición (especial). 2013.

Freud, S. (1905). Fragmento de análisis de un caso de Histeria (Caso Dora). En S. Freud, *Obras completas* (Tomo 7, pp. 933-1002). Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno. 1ra. Edición (especial). 2013.

Freud, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En S. Freud, *Obras completas* (Tomo 9, pp. 1169-1237). Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno. 1ra. Edición (especial). 2013.

Freud, S. Manuscrito G. Melancolía. Fragmentos de Correspondencia con Fliess (1950 [1892-99]).

Gurman, E. *El tiempo de la adolescencia. Su clínica. Un enfoque psicoanalítico*.
<http://www.edupsi.com/adolescencia.htm>

Hornstein, L. (2006). *Narcisismo: Autoestima, identidad, alteridad*. Ed. Paidós. 3ra. edición.

Hornstein, L. (2008). *Teoría y clínica del narcisismo: Autoestima, identidad, alteridad*. Conferencia inaugural en las VIII Jornadas del grupo de Psicoterapia Analítica de Bilbao. 14 de Noviembre de 2008.

Lasègue, Ch. *(Acerca) de la anorexia histérica*.

<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/14594/14474>

Mannoni, M. (1976). El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Cap.6: *La institución como refugio contra la angustia* (pp. 121-151). Ed. Siglo Veintiuno. 2da. edición.

Raimbault, G., Eliacheff, C. (1978). Las indomables figuras de la Anorexia. Cap.I: *Mitologías de la anorexia* (pp. 13-56) y Cap.II: *Sissi, emperatriz de las anoréxicas* (pp. 57-82). Ed. Nueva Visión. Buenos Aires.

Rother de Hornstein., M.C. (2006). *Navegando hacia la identidad*. Circulación interna del seminario de posgrado “Cuerpo e identidad. Los orígenes de la subjetividad”. A cargo de la Dra. María Cristina Rother de Hornstein. UNLP.

Rother de Hornstein., M.C. (2008). Adolescencias: Trayectorias turbulentas. Cap.5: *Entre desencantos, apremios e ilusiones: barajar y dar de nuevo* (pp. 117-135) y Cap.11: *Identidades borrosas* (pp. 231-248). Ed. Paidós. Segunda reimpresión.

Sierra I Fabra, J. (2011). *Las chicas de alambre*. Ed. Alfaguará. Segunda Edición.

Sófocles. *Edipo Rey – Antígona*. Centro Editor de Cultura. 2003.

Tubert, S. *Anorexia. Una perspectiva psicoanalítica*.

<http://www.psiconet.com/foros/genero/tubert2.htm>

Valabrega, J. P. (1978). La Perversión. Cap.: *Anorexia mental, síntoma histérico y síntoma de conversión* (pp. 83-113). Ed. Trieb.

Várela Viglietti, G. (1999). *Las formaciones ideales en la anorexia nerviosa*.
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/1688724719999012.pdf>

Winnicott, D. (1989). Exploraciones psicoanalíticas. Tomo I. Cap.18 *El miedo al derrumbe* (pp. 111-121). Ed. Paidós. Buenos Aires.

Winnicott, D. (1971). Realidad y juego. Cap.5 *La creatividad y sus orígenes* (pp. 93-116) y Cap.11 *Conceptos contemporáneos sobre el desarrollo adolescente, y las inferencias que de ellos se desprenden en lo que respecta a la educación superior* (pp. 179-193). Ed. Gedisa. Undécima reimpresión. Barcelona. 2008.